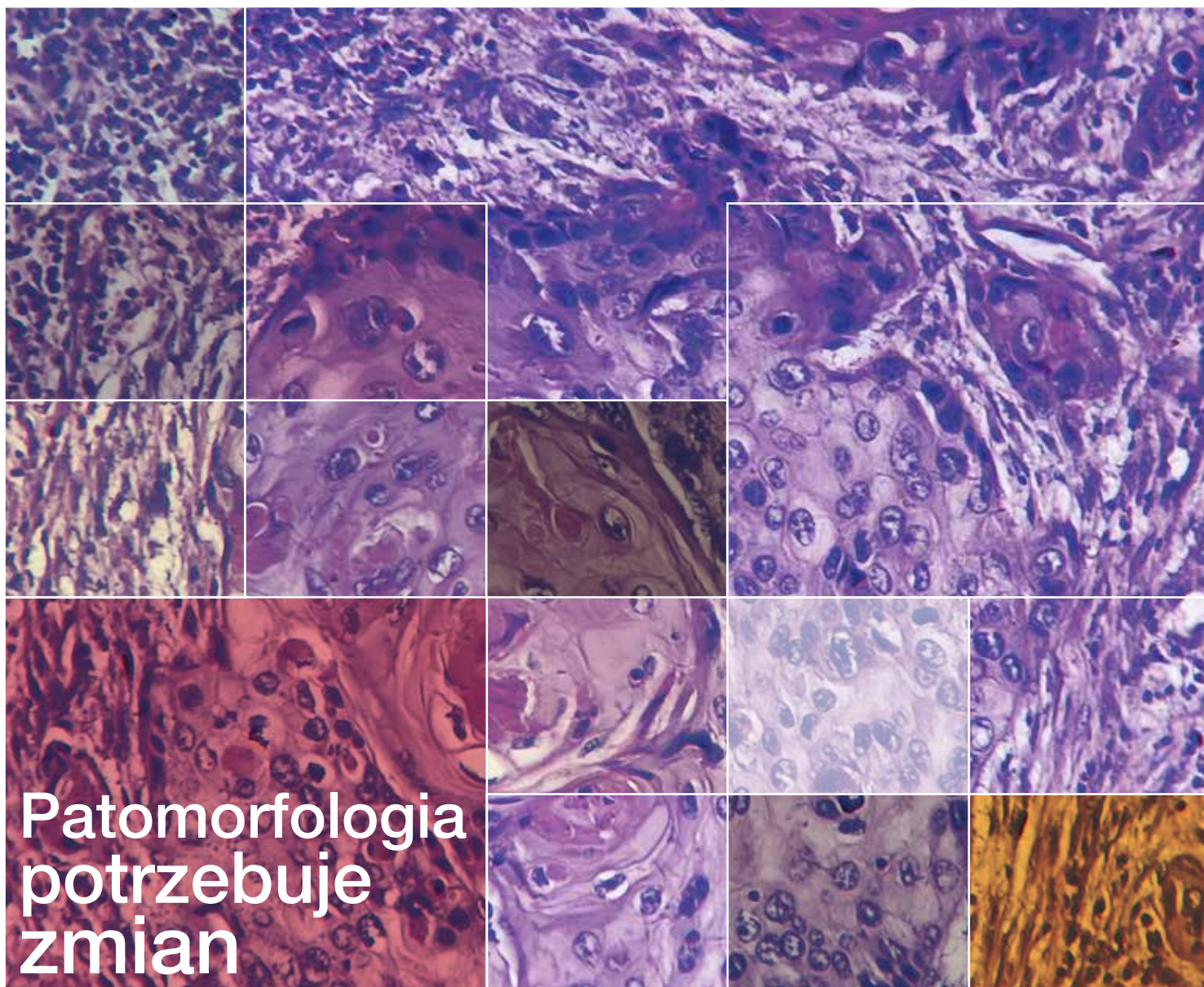


08
2016

09
2016

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



Patomorfologia
potrzebuje
zmian

26

Stomatologia

Trzeba dać się poznać

49

Reportaż

Lekarz na granicy

52

Ochrona zdrowia na świecie

Pacjenci wszędzie
doplacają

Spis treści

08
2016

09
2016

Gazeta
Lekarska



17



26



32

- 4 **Na wstępie / R. Golański:**
Znaki zapytania
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Obowiązki i oczekiwania
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:**
Niepewna przyszłość reformy
- 12 **Temat miesiąca:**
Patomorfologia potrzebuje zmian
- 16 **Nasi w Europie / R. Krajewski:**
W Europie?
- 17 **Rozmowa o zdrowiu: EBM**
przeniknęło praktykę lekarską
- 20 **Samorząd: O homeopatii**
na sportowo, czyli samorząd
lekarski vs. homeopatia 2:1
- 22 **Samorząd: Meritus Pro Medicis**
/ Odznaczeni 2016
- 24 **Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Pomyślmy o przyszłości
- 26 **Stomatologia:**
Trzeba dać się poznać
- 28 **Prawo i medycyna: Środki**
ochrony dóbr osobistych lekarza
- 30 **Kodeks Etyki Lekarskiej:**
Tajemnica lekarska
- 32 **Lekarskie**
towarzystwa naukowe:
Niedoceniani i niedofinansowani
- 34 **Nauka w skrócie**

- 35 **Praktyka lekarska:**
Dla seniorów za darmo
- 37 **Biuletyn NRL**
- 40 **Praktyka lekarska:**
Jak leczony jest ból
- 42 **Praktyka lekarska:**
Otyłość narasta
- 44 **Praktyka lekarska:**
Egzamin specjalizacyjny
- 46 **Praktyka lekarska:**
Płacić za rezultat
- 49 **Reportaż: Lekarz na granicy**
- 52 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Pacjenci wszędzie dopłacają
- 54 **Indeks korzyści:**
List z wakacji
- 56 **Z dwóch stron sceny**
/ **S. Pietras:** Artysta,
który przy okazji leczył
- 57 **Z dwóch stron sceny**
/ **A. Andrus:** Trzeba trochę
- 58 **Błąd malarski:**
Nad ranem
- 60 **Kultura: Medycyna w sztuce**
- 62 **Kultura: Wymyk / Na święta**
- 63 **Sport**
- 65 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza (62) / J. Wanecki:**
Czytelnia
- 74 **Jolka lekarska**

Badanie opinii

Komisja Stomatologiczna NRL oraz Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL nadal prowadzą ogólnopolskie badanie opinii środowiska lekarzy dentyistów „Lekarze Stomatolodzy 2016”. Organizatorzy bardzo proszą wszystkie osoby, które otrzymały zaproszenie do udziału w badaniu, o wypełnienie ankiet.

Kongres FDI

O Dorocznym Światowym Kongresie Stomatologicznym FDI, który w dniach 7-10 września odbywa się w Poznaniu, piszemy na www.gazetalekarska.pl.

Refundacja

Z dniem 1 stycznia 2017 r. wygasną umowy upoważniające do wystawiania recept na leki refundowane. Lekarze i lekarze dentyści, którzy będą chcieli korzystać z tego uprawnienia, muszą uzyskać indywidualne numery recept przydzielane przez NFZ. Czy można to zrobić szybciej? Więcej w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

Plany MZ

Jakie zmiany w funkcjonowaniu służby zdrowia zapowiedział ostatnio minister zdrowia Konstanty Radziwiłł? Które z nich zostaną wkrótce „ubrane” w rozporządzenia lub ustawy? Jakie skutki mogą przynieść dla lekarzy i lekarzy dentyistów? Więcej na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Znaki zapytania

Wiele osób, także niezwiązanych z medycyną, pyta mnie, jak będzie funkcjonować służba zdrowia. Wielu lekarzy, zwłaszcza stomatologów, pyta z kolei, jak będzie funkcjonować samorząd lekarski. Nie jest łatwo odpowiedzieć na te pytania.

Znamy podstawowe założenia reformy opieki zdrowotnej, którą proponują rząd Beaty Szydło i minister Konstanty Radziwiłł. Likwidacja finansowania ubezpieczeniowego, a w to miejsce powrót do zaopatrzenia budżetowego. Naturalnym następstwem będzie likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia. To wiemy. Trudniej odpowiedzieć na pytanie, jaki zatem będzie przepływ pieniędzy z budżetu państwa do szpitali, przychodni i praktyk? Czy urzędy wojewódzkie przejmą oddziały NFZ i podporządkują je swoim wydziałom zdrowia? Wiele osób pyta, czy będą finansowane placówki prywatne, w tym prywatne szpitale, których sporo powstało. Leczenie w tych miejscach, jeśli miały podpisaną umowę z NFZ, było dla pacjentów bezpłatne, a warunki, które im tam zapewniano, często były nieporównywalnie lepsze niż w placówkach publicznych. Zadający to pytanie to nie tylko właściciele szpitali i przychodni, ale także spore grono osób chorych. Powtarzam te pytania nie dlatego, że nie znam odpowiedzi na niektóre z nich. Minister Radziwiłł wielokrotnie, także podczas spotkań z przedstawicielami naszego samorządu, przedstawiał plan działań. Pracują lub wręcz kończą pracę powołane przez niego zespoły. Wkrótce powinniśmy zatem poznać szczegółowe propozycje. Powtarzanie tych pytań to dowód na to, jak wielkie obawy towarzyszą spodziewanym i zapowiadany zmianom. Także obawy lekarzy. Odnoszę wrażenie, że więcej jest lęków i poczucia zagrożenia niż

nadziei na poprawę sytuacji. Oby rozwój wypadków dowiódł, że nasze obawy były płonne. Wiemy wszyscy, że podstawowym problemem jest ilość pieniędzy przeznaczanych na ochronę zdrowia. Jak mantra powtarzany jest postulat przeznaczania na ten cel minimum 6 proc. produktu krajowego brutto. Ale są inne sposoby zwiększenia ilości środków w systemie. Jednym z nich są dopłaty pacjentów. Wiedzą o tym nasi autorzy. W tym numerze naszego pisma mogą Państwo przeczytać o tym w dwóch miejscach. Dr Sławomir Badurek brak jasnych reguł dotyczących dopłat wskazuje jako jedną z przyczyn obecnej sytuacji finansowej placówek medycznych. Placówek, które nie wykorzystują w pełni swoich możliwości, bo ogranicza je kontrakt z NFZ, a pacjenci nie mogą zapłacić z własnej kieszeni, choć chętnie by to zrobili, bo chcą być leczeni w konkretnej, publicznej firmie. Z kolei Maria Domagała już w tytule swojego artykułu stwierdza jednoznacznie: dopłaty są wszędzie. W Polsce także i to wcale nie małe.

Drugi temat – przyszłość naszego samorządu, samorządu dwóch zawodów: lekarzy i lekarzy dentystów – jest dla mnie znacznie trudniejszy do opisanego. Emocje, jakie towarzyszą dyskusjom, mogę zrozumieć, bo różnice zdań zawsze je wywołują. Natomiast w żaden sposób nie umiem zrozumieć, dlaczego wymiana poglądów i racji została sprowadzona przez jedną ze stron do poziomu kłótni. Z przykrością stwierdzam: niekulturalnej kłótni. ■

Migawka



FOTO: Marta Jakubiak

19 sierpnia w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie odbyło się spotkanie lekarzy dentystów z Prezydium NRL, podczas którego omówiono aktualne problemy dotyczące wykonywania tego zawodu.

Zmiany w prawie

Lipiec i sierpień to zwykle „sezon ogórkowy”, ale tegoroczne wakacje były trochę inne. W życie weszło kilka ustaw zmieniających podstawowe akty prawne regulujące wykonywanie zawodu lekarza.

15 lipca 2016 r. weszły w życie zmiany ustawy o działalności leczniczej. Zniknęła z ustawy kosztorek w postaci przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Pojęcie to zastąpił zakład leczniczy. W związku z tym niektórzy z Państwa wykonują od tego dnia swoją działalność w formie indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład. Ponownie można będzie tworzyć samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a szpitale nie będą musiały zawierać umów ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych.

Rozpoczynając prowadzenie gabinetu, lekarz nie będzie musiał już posiadać opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu przez pomieszczenia, w których świadczenia mają być udzielane, warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych, instalacyjnych odpowiednich do rodzaju wykonywanej działalności. Nie oznacza to jednak, że zniesiono przepisy ustalające wymogi, jakie spełniać muszą gabinety lekarskie. Przepisy te nie zmieniły się, odpadła jedynie konieczność potwierdzania tego opinią sanepidu w formie decyzji administracyjnej. Do tego sanepid występuje do izb lekarskich o udzielanie informacji o nowo powstających praktykach. Lekarze rozpoczynający działalność muszą się zatem liczyć z kontrolami inspekcji sanitarnej.

Zmiany zdejmują też z lekarzy prowadzących praktyki obowiązek wprowadzania regulaminów organizacyjnych. W prywatnych gabinetach regulaminy takie nie muszą już być tworzone. Były to akty zupełnie niepotrzebne w jednoosobowych gabinetach.

Nie będą też Państwo musieli przy zakładaniu gabinetu załączać do wniosku potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Informacja o takiej umowie nie będzie również wpisywana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Odpada też obowiązek corocznego aktualizowania tych informacji i składania odnowionych polis we właściwej izbie lekar-

skiej. Podobnie jak w przypadku decyzji sanepidu nie oznacza to, że znika obowiązek ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Umowę taką lekarze prowadzący praktyki zawodowe muszą nadal zawierać, a obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

Zmiany te wprowadziła ustawa z 10 czerwca 2016 r. (Dz.U.2016r., poz. 960).

5 sierpnia 2016 r. zmieniła się ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wbrew stanowisku samorządu lekarskiego, a nawet Ministerstwa Zdrowia, zmieniono przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej. Lekarz zwolniony będzie z zachowania tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta, jeśli zgodę na jej ujawnienie wyrazi osoba bliska (małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta). Osoba ta może również określić zakres ujawnienia tajemnicy lekarskiej. Zwolnieniu z tajemnicy lekarskiej może sprzeciwić się inna osoba bliska i wtedy zwolnienia z tajemnicy nie stosuje się. Konstrukcja przepisów rodzi oczywiste wątpliwości i będą one z pewnością źródłem wielu problemów w trakcie ich stosowania.

Zmiany wprowadza ustawa z 10 czerwca 2016 r. (Dz.U.2016r., poz. 1070).

29 lipca 2016 r. wydane zostały również nowe zarządzenia Prezesa NFZ dotyczące zasad nadawania uprawnień do wystawiania recept na leki, środki spożywcze i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych (80/2016/DSOZ i 81/2016/DGL). Od sierpnia lekarze mogą uzyskać uprawnienia do pobierania numerów recept na podstawie pisemnego wniosku lub wniosku elektronicznego składanego za pośrednictwem Portalu Personelu na stronach internetowych NFZ. Umożliwiono również elektroniczne zachowanie uprawnień przyznanych lekarzom umowami, które wygasną z mocy prawa z końcem tego roku.

**mec.
Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.

Obowiązki i oczekiwania

W zmianach kilku ustaw, w tym ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, podważony został jeden z fundamentów wykonywania naszych zawodów – ochrona tajemnicy lekarskiej.

Od 5 sierpnia br. jesteśmy zobligowani do ujawnienia na żądanie osoby bliskiej pacjenta, który zmarł, informacji objętych tajemnicą lekarską także w sytuacji, gdy pacjent za życia wyrazi wolę, aby tym osobom informacji objętych tajemnicą lekarską nie ujawniać. To oznacza, że powinniśmy teraz informować pacjentów, że w razie ich śmierci, wbrew ich woli, my, lekarze, będziemy zmuszeni przez osoby bliskie do ujawnienia im wszystkich informacji medycznych uzyskanych w związku z ich leczeniem. Sytuację komplikuje fakt zidentyfikowania, czy osoba, która po śmierci pacjenta do nas przyszła, jest osobą mu bliską. Krąg osób bliskich jest spory. Osobą bliską zgodnie z przepisami prawa jest: małżonek, małżonka, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta. Nie mamy możliwości zweryfikowania, czy osoba, która do nas przyszła, jest pierwszą żoną, drugą żoną, a może nie żoną, a kobietą pozostającą we wspólnym związku przez ostatnie lata itp.

Znowelizowane przepisy obligujące nas do ujawnienia informacji o zmarłym pacjencie, nawet wbrew jego jednoznacznie wyrażonej w tym zakresie woli, stawiają nas w sytuacji etycznego dylematu. Musimy bowiem mieć świadomość, iż odmowa ujawnienia tajemnicy w przypadku, gdy z żądaniem jej ujawnienia zgłosi się osoba bliska, a inna osoba bliska nie zgłosi wobec tego sprzeciwu, będzie stanowiła naruszenie prawa i może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności zawodowej, karnej. Z drugiej strony ujawnienie informacji objętych tajemnicą stanowi naruszenie najważniejszego w wykonywaniu naszego zawodu Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz przyrzeczenia lekarskiego, które każdy z nas składał. Dlatego już na etapie projektu, w maju, sprzeciwialiśmy się temu rozwiązaniu. Następnie, kiedy pomysł został jednak uchwalony, nie czekając na jego wejście w życie, wystąpiłem do Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta. To już nie pierwszy raz w ostatnich latach, kiedy samorząd musi walczyć o ochronę tajemnicy lekarskiej.

Wydawało się, że to kultura i obyczaje panujące od stuleci w polskim społeczeństwie będą przyczyną kłopotów tych, którzy ujawniają swoje zarobki w formie proponowanej przez Infarmę. Otóż ze zdziwieniem przeczytałem, że również w Niemczech firmy farmaceutyczne zrzeszone w takim związku i wprowadzające w takiej samej formie i z takimi samymi wadami kodeks przejrzystości wywołały takie same negatywne efekty, jak u nas w Polsce. Ujawnianie powiązań z przemysłem farmaceutycznym jest niezbędne, jednak apeluję do kolejnych firm wpro-

dzających podobne kodeksy – wsłuchajcie się w nasze uwagi, a korzyść będzie dla wszystkich, a przede wszystkim dla społeczeństwa.

Komunikat rzecznika prasowego szpitala, w którym po kolejnych dyżurach zmarła lekarka, brzmiał: to nie nasz lekarz – on był samozatrudniony. Dlatego proszę, byśmy sami zaczęli się szanować i cenić swój czas. Nie decydujcie się na niewolnicze kontrakty, łączenie pracy ośmiu godzin w jednym miejscu, gabinet po południu, nocny dyżur w innym miejscu i tak na okrągło przez cały tydzień. Rząd przepisów nie zmienia, bo mamy za mało lekarzy w Polsce, dlatego proszę Was, przemyslcie warunki swojej pracy.

Obiecałem ostatnio, że dopóki nie osiągniemy minimum 6% PKB środków publicznych na zdrowie, 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% PKB na zdrowie. Wezwanie pozostanie aktualne jeszcze długo, bo jak zapowiedział w lipcu Minister Zdrowia, wydatki na ochronę zdrowia wzrosną do 6% PKB, ale... do 2025 r.

Wostatnim czasie udało nam się zorganizować dwie konferencje prasowe, w tym jedną na temat minimalnych wynagrodzeń. Zespół ds. Lekarzy Zatrudnionych w Podmiotach Leczniczych Naczelnej Rady Lekarskiej zebrał dane, prosząc o pomoc okręgowe izby lekarskie. Dziękuję zarówno Grzegorzowi Krzyżanowskiemu – przewodniczącemu zespołu, jak i wszystkim izbom, które zaangażowały się w ten projekt. Dzięki nim mogliśmy powiedzieć światu, jakie są stawki godzinowe za naszą pracę, a także, jakie są formy wynagradzania. Przypomnę, że dla lekarza specjalisty Krajowy Zjazd Lekarzy proponuje od lat trzykrotność średniej krajowej, co w 2016 r. powinno dać kwotę 12 364 zł brutto, a tymczasem np. w Białymstoku jest to 3579 zł, w Łodzi 4144 zł, w Lublinie 4152 zł, w Toruniu 4458 zł. Już same dane wystarczą. Komentarza nie potrzeba. Dodam tylko na koniec, że zaproszony przez nas na konferencję przedstawiciel lekarzy Rezydentów OZZL pokazywał, że można dostać 7 funtów za godzinę zbierania truskawek w Wielkiej Brytanii, a to tyle co godzina pracy trzech rezydentów. Zaznaczył też, że wynagrodzenie w postaci dwóch średnich krajowych zatrzyma młodych lekarzy w kraju. Czy rząd będzie chciał ich zatrzymać? Coś drgnęło, bo pojawił się projekt o minimalnych wynagrodzeniach, ale po zaproponowanych kwotach raczej radości lekarzy na ulicach nie widać. ■

**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL



Walka o jawność egzaminów

Pomimo korzystnego wyroku dotyczącego dostępu do pytań egzaminacyjnych z egzaminów LEK, LDEK i PES, jaki Naczelna Rada Lekarska uzyskała w Trybunale Konstytucyjnym w dniu 7 czerwca 2016 r., Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych wydał decyzję o odmowie udostępnienia Naczelnej Izbie Lekarskiej pytań egzaminacyjnych. Prezydium NRL 19 sierpnia podjęło decyzję o złożeniu odwołania od decyzji Dyrektora CEM.

Prezes NRL, zapewniając o determinacji samorządu lekarskiego w walce o przestrzeganie prawa do jawności pytań egzaminacyjnych, prosi w liście wystosowanym do lekarzy i lekarzy dentystów, aby także wystąpili do CEM z wnioskiem o udostępnienie pytań egzaminacyjnych w trybie dostępu do informacji publicznej. „Znaczna liczba napływających wniosków może bowiem dobitnie pokazać, że temat jest dla środowiska lekarzy i lekarzy dentystów naprawdę ważny oraz że jako grupa zawodowa mamy prawo czuć się pokrzywdzeni tym, że nie mamy dostępu do pytań ze swoich egzaminów zawodowych, podczas gdy inne zawody, w tym np. prawnicze zawody zaufania publicznego, mają dostęp do pytań egzaminacyjnych z lat ubiegłych” – czytamy w liście.

Pełna treść listu Prezesa NRL oraz wzór wniosku o udostępnienie pytań egzaminacyjnych znajdują się na stronie www.nil.org.pl.

Rzecznicy o reklamie

Prezydium NRL kilka miesięcy temu zabierało głos w sprawie „reklamy w fartuchu”. Tym razem rzecznicy odpowiedzialności zawodowej samorządów: lekarskiego, pielęgniarów i położnych, aptekarskiego i diagnostów laboratoryjnych zajęli wspólne stanowisko dotyczące reklamy wyrobów medycznych oraz suplementów diety. Wskazali na potrzebę wprowadzenia w ustawach regulujących wyroby medyczne (ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych) oraz suplementy diety (ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia) przepisów ograniczających reklamę

tych produktów, podobnie jak ma to miejsce w stosunku do produktów leczniczych (ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne). Ich zdaniem w szczególności powinno to polegać na zakazie prezentowania tych produktów przez osoby posiadające wykształcenie medyczne lub sugerujące posiadanie takiego wykształcenia. Jednocześnie zapewnili w stanowisku, że pełniąc funkcję organu sprawującego nadzór nad wykonywaniem poszczególnych zawodów medycznych, zawodów zaufania publicznego, będą w ramach swoich samorządów zawodowych zabiegać o wzmocnienie lub utrzymanie w obecnym kształcie przepisów zabraniających osobom wykonującym te zawody uczestniczenia w reklamach produktów leczniczych, suplementów diety oraz wyrobów medycznych.

Tajemnica lekarska do RPO

Prezes NRL skierował prośbę do Rzecznika Praw Obywatelskich o wnikliwą analizę prawną rozwiązań wprowadzanych ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, podpisaną przez Prezydenta RP w dniu 11 lipca br., w zakresie dotyczącym tajemnicy lekarskiej. W ocenie samorządu lekarskiego art. 2 ustawy budzi poważne wątpliwości co do zgodności z art. 47 Konstytucji oraz zasadą proporcjonalności wyrażoną w art. 31 ust. 4 Konstytucji. Ustawa ta wprowadza istotne zmiany dotyczące ochrony tajemnicy lekarskiej, które w ocenie samorządu lekarskiego podważają istotę tej tajemnicy.

Cukier w „GL”

„Gazeta Lekarska” prowadziła relację „na żywo” z konferencji prasowej organizowanej w NIL na temat apelu Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do Rady Ministrów o podjęcie skutecznych działań ograniczających negatywne skutki zdrowotne związane ze spożyciem cukru. Temat prezentowali prezes NRL Maciej



Delegacja lekarzy z Ukrainy w NIL (20 sierpnia)

Hamankiewicz oraz zaproszeni eksperci: prof. Dorota Olczak-Kowalczyk – konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej, prof. Maciej Małecki – prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, dr Anna Lella – prezydent Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej ERO-FDI, dr Paulina Karwowska – dyrektor Biura World Health Organization w Polsce, prof. Jan Duława – konsultant wojewódzki ds. chorób wewnętrznych, prezes elekt Towarzystwa Internistów Polskich. Relacja na portalu www.gazetalekarska.pl.

Wynagrodzenia minimalne

Lekarze z Porozumienia Rezydentów OZZL zostali zaproszeni na konferencję prasową, na której szczegółowo przedstawiano mediom apel Krajowego Zjazdu Lekarzy dotyczący wynagrodzeń minimalnych. Lekarzy rezydentów reprezentował Jarosław Biliński, Naczelną Radę Lekarską prezes Maciej Hamankiewicz wraz z przewodniczącym Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich – Jerzym Jakubiszynem oraz przewodniczącym Zespołu ds. Lekarzy Zatrudnionych w Podmiotach Leczniczych – Grzegorzem Krzyżanowskim.

Według Zjazdu, wynagrodzenie minimalne powinno wynosić: dla lekarza stażysty średnią przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw ogłaszanego przez GUS, co w 2016 r. powinno dać kwotę 4 121,41 zł brutto; dla lekarza bez specjalizacji – dwukrotność średniej, co w 2016 r. powinno dać kwotę 8 242 zł brutto; dla lekarza z I stopniem specjalizacji – dwuipółkrotność średniej, co w 2016 r. powinno dać kwotę 10 303,53 zł brutto; dla lekarza specjalisty – trzykrotność średniej, co w 2016 r. powinno dać kwotę 12 364,23 zł brutto.

O finansowaniu stomatologii

Samorząd lekarski wielokrotnie zwracał uwagę na konieczność zwiększenia środków finansowych na świadczenia stomatologiczne i ich poprawną wyce-

nę. Pod koniec lipca br. Prezydium NRL spotkało się z prezesem NFZ Andrzejem Jacyną, aby apelować o uwzględnienie uwag samorządu lekarskiego przy planowaniu budżetu na rok 2017.

Już trzynaste lat temu lekarze i lekarze dentyści opracowali katalog kosztów podstawowych procedur stomatologicznych. W następnych latach opracowane zostały procedury waloryzacji cen, w związku ze zmianami inflacyjnymi w gospodarce. Wszystkie te dokumenty wyraźnie pokazywały zaniżanie przez ubezpieczyciela cen świadczeń. W grudniu 2015 r. Naczelna Rada Lekarska zaapelowała do nowo wybranego ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła o prawidłową wycenę świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w tym świadczeń stomatologicznych. W 2016 r., zgodnie z postulatem Prezydium NRL z 17 czerwca 2016 r., wprowadzono współczynnik korygujący na świadczenia dla dzieci i młodzieży w wysokości 1,2, ale nie zapewniono na to dodatkowych środków finansowych.

Samorząd lekarzy Ukrainy

Do Naczelnej Izby Lekarskiej przybyła liczna delegacja lekarzy z Ukrainy, aby poznać szczegóły jej funkcjonowania. Ukraińscy lekarze planują utworzyć w swoim kraju samorząd zawodowy na wzór reaktywowanych w 1989 r. w Polsce izb lekarskich.

Z ogromnym smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

Pani Doktor Jolanty Kwaśniewskiej

lekarza dentysty, delegata na Zjazd Krajowy IV, V, i VI kadencji,
członka Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji,
działacza Bydgoskiej Izby Lekarskiej

**Rodzinie, Bliskim, Współpracownikom
oraz wszystkim,**

k którzy mieli szczęście spotkać Panią Doktor na swej drodze,
składamy wyrazy szczerego współczucia

*Prezes NRL Maciej Hamankiewicz
wraz z Naczelną Radą Lekarską*

Niepewna przyszłość reformy

**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Likwidacja NFZ, powrót do finansowania bezpośrednio z budżetu i wzrost nakładów publicznych. Takie zapowiedzi padały w kampanii wyborczej. Brakowało tylko odpowiedzi na jedno proste pytanie: kiedy?

Nie mógł się jej doczekać także prezes Kaczyński, sygnalizując na początku lipca, że trzeba „podciągnąć tabory”. Nie stałem za kulisami sceny politycznej i nie wiem, jak było, ale jeśli miałbym nakreślić najbardziej prawdopodobny scenariusz, nie byłoby w nim mowy o opieszałości ministra Radziwiła. Z pewnością chciał on jak najszybszej realizacji zamiarów. Dlatego postawiłbym na przedłużające się negocjacje doktora z grupą trzymającą w rządzie władzę nad kurkiem z pieniędzmi. Siłę, a raczej słabość, ministra zdrowia w tym swoistym przeciąganiu liny jasno pokazuje harmonogram dochodzenia do obiecanych od jesieni 6 proc. nakładów publicznych na opiekę zdrowotną. Mówiąc eufemistycznie, czeka nas długi marsz. Cel ma zostać osiągnięty dopiero w 2025 r.! Równie dobrze premier Szydło i minister Radziwiłł, prezentując założenia zmian, mogli ogłosić: mamy nadzieję, że któryś z kolejnych rządów zrealizuje nasze zamierzenia. W polityce takie deklaracje nie brzmią wiarygodnie i jak sądzę, rozczarowanie wkradło się nawet w szeregi zagorzałych zwolenników tzw. dobrej zmiany. Niepokój wzbudziły zwłaszcza szczegóły planowanego wzrostu nakładów, przekazane mediom. Wynika z nich, że by było lepiej, w pierwszych latach musi być gorzej. Konstanty Radziwiłł zapewnia, że o żadnym obniżeniu nakładów nie ma mowy. Zabezpieczeniem ma być większy niż do tej pory udział samorządów w finansowaniu opieki zdrowotnej. Nie zmienia to faktu, że przynajmniej do końca dekadę potrwają chude lata w ochronie zdrowia. Potwierdziło się tym samym to, co pisałem na tych łamach kilka miesięcy temu – w zadłużonym po uszy państwie niedysponującemu silnym zapleczem politycznym ministrowi będzie trudno o dodatkowe środki. Zwłaszcza że na pierwszym planie są kosztowne wydatki z plusem. Kilka lat temu mieliśmy zdecydowanie bardziej sprzyjający czas na solidne dofinansowanie systemu. Dług publiczny był nieporównywalnie mniejszy, a Ewa Kopacz jako minister zdrowia miała o wiele silniejszą polityczną kartę od Konstantego Radziwiła. Problem w tym, że doktor Kopacz nie chciała nią grać...

Rażące niedofinansowanie to jeden z trzech podstawowych problemów rodzimej opieki zdrowotnej. Drugim jest brak jasnego określenia, za

co płaci państwo. Realny, a nie życzeniowy koszt świadczeń gwarantowanych powinien już dawno obowiązywać. Tymczasem żaden rząd się do tego nie kwapi. Tak jest oszczędnie i wygodnie. Nie dość, że w budżecie zostają pieniądze niezbędne do zaspokojenia potrzeb partii i elektoratu, to jak coś jest nie tak, zgodnie z panującą u nas tradycją, zrzuca się winę na lekarzy i pielęgniarki. I pociąga do odpowiedzialności. Teraz przy udziale stworzonych przez ministra Ziobrę specjalnych działów w prokuraturach do spraw błędów medycznych.

Trzeci kluczowy problem naszej ochrony zdrowia to brak zgody na prywatne dopłaty do usług medycznych, udzielanych w placówkach publicznych. Pozbawiamy w ten sposób system nie tylko wpływu dodatkowej gotówki, ale i rezygnujemy z doskonałego regulatora popytu na „darmowe” usługi. Termin współpłacenie jakoś nie może przejść przez gardło kolejnym ministrom zdrowia i premierom, choć dziś jest to europejski standard, a w Polsce od dawna obowiązuje w aptece i – w jeszcze większym zakresie – u stomatologa. Zupełnie niezrozumiały jest brak akceptacji na dobrowolne dopłaty za usługi ponadstandardowe. Przy czym za standard należy przyjąć to, co oferuje powszechne ubezpieczenie zdrowotne, biorąc pod uwagę nie tylko jakość, ale i czas dostępu do świadczenia. Otwarcie tej furtki byłoby bardzo korzystne dla publicznych szpitali. Wiele z nich tonie w długach. Jednocześnie tylko częściowo wykorzystują one zasoby w postaci kadry i sprzętu. Biorąc pod uwagę konieczność stałej gotowości do udzielania świadczeń oraz ponoszenie związanych z tym kosztów, publiczne szpitale mogłyby skutecznie konkurować o pacjentów z prywatnymi. Tym samym i tak już niemały strumień prywatnych pieniędzy na opiekę zdrowotną nie musiałby się zwiększyć, a jedynie popłynąłby w inne miejsce systemu.

Otwarcie wspomnianych dodatkowych kanałów dopływu pieniędzy do sektora publicznego ma szczególne znaczenie w naszych realiach. Zakładając optymistycznie, że uda się zgodnie z planem zwiększyć nakłady państwa na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB, osiągniemy poziom poniżej obecnej średniej krajów OECD. „Już” za dziewięć lat. ■

Patomorfologia potrzebuje zmian

Lucyna
Krysiak

W Polsce brakuje patomorfologów, jest ich zaledwie około 500 (łącznie z rezydentami), a biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców, zgodnie ze standardami unijnymi, powinno być co najmniej 1500 specjalistów. Patomorfologia jest więc w polskim systemie ochrony zdrowia jednym z najważniejszych gardeł.

Lekarze tej specjalności alarmują, że sytuacja jest dramatyczna i wymaga przeprowadzenia jak najszybszych działań naprawczych, o czym środowisko alarmuje od ponad 10 lat. Zabiega o to zarówno konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii, jak i Polskie Towarzystwo Patomorfologów.

Histopatologia to podstawa

Badania patomorfologiczne są podstawą wielu decyzji terapeutycznych – nie tylko w zakresie onkologii – ale także np. w przewlekłych zapaleniach nerek i wątroby, w transplantologii, dermatologii, w śródmiąższowych chorobach płuc. Ostatnio najgłośniej mówi się i pisze o roli patomorfologii w onkologii. Gdy pojawia się podejrzenie nowotworu, niezbędna jest pogłębiona diagnoza, która zweryfikowałaby wyniki badań przeprowadzonych np. metodami obrazowymi, pozwoliłaby właściwie ocenić sytuację i wskazać kierunek leczenia. Bez tych – wydawałoby się mało spektakularnych działań, bo skupiających się na żmudnej pracy diagnostycznej, polegającej m.in. na mikroskopowej analizie wycinków pochodzących z biopsji – żaden lekarz nie podjąłby się leczenia choroby nowotworowej. Mówi się nawet, że patomorfolog jest jak oko chirurga kierujące jego ręką. Tymczasem co roku w Polsce notuje się 150 tys. nowych przypadków zachorowań na nowotwory i 90 tys. zgonów z powodu raka. Prognozy przedstawiają się jeszcze gorzej. Wraz z rozwojem cywilizacji liczba ta będzie rosła, a więc rosła będą także oczekiwania chorych. Prof. Renata Langfort z Zakładu Patomorfologii w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie i wiceprezes Polskiego Towarzystwa Patomorfologów uważa, że w obecnej sytuacji, kiedy mamy do czynienia z głębokim deficytem kadrowym lekarzy tej specjalności, trudno będzie zaspokoić potrzeby rosnącej populacji chorych na nowotwory złośliwe. Liczba około 450 patomorfologów pracujących w zawodzie to poniżej norm ustalonych przez UE, zgodnie z którymi powinno być ich w Polsce około 1500. O skali problemu świadczy przykład Szwajcarii, która dysponuje taką samą liczbą lekarzy tej specjalności, ale liczy niewiele ponad 8 mln ludności. W Wielkiej Brytanii patomorfologów jest 3 tys., a i tak uważa się, że jest

to deficytowa specjalność. Obecnie specjalizację z patomorfologii odbywa 130 lekarzy rezydentów. Większość specjalizuje się w dużych ośrodkach, gdzie przez minimum 5 lat uczy się, uczestnicząc razem ze specjalistą patomorfologiem w procesie diagnostycznym. Ale ilu z nich po zdaniu PES zostanie w kraju i będzie pracować w zawodzie? – Część kolegów specjalistów w tej dziedzinie już wyjechała, część wyjedzie do pracy za granicę, jak tylko uzyska dyplom specjalisty. Około 30 proc. spośród nas jest w wieku przedemerytalnym bądź jest już na emeryturze, a na wyszkolenie patomorfologa potrzeba 10 lat. Deficyt kadrowy w tej specjalności będzie się więc pogłębiał – zaznacza prof. Langfort i dodaje, że nie chodzi tylko o liczbę miejsc rezydenckich, bo tych jest więcej niż przed laty, ale o nowe miejsca pracy dla lekarzy specjalizujących się w patomorfologii.

Problem jest złożony, ponieważ z jednej strony dramatycznie brakuje patomorfologów, ale z drugiej strony paradoksalnie nowych miejsc pracy dla nich nie przybywa. Zdaniem prof. Andrzeja Marszałka, prezesa Polskiego Towarzystwa Patologów, dzieje się tak, ponieważ patomorfologia nie jest wydzieloną procedurą finansowaną przez NFZ, jest traktowana przez szpital jako element kosztu badania i w tych kosztach ginie, mimo że znacząco zmieniły się standardy światowe, jeśli chodzi o liczbę przeprowadzanych badań histopatologicznych u jednego pacjenta. Jak zaznacza prof. Janusz Ryś z Zakładu Patomorfologii Nowotworów w Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Krakowie, należy mieć świadomość tego, że wymagania stawiane patomorfologom są coraz większe. Dla przykładu, w przeszłości po amputacji raka piersi opracowanie materiału operacyjnego sprowadzało się do rutynowej oceny od kilku do kilkunastu preparatów histologicznych. – Obecnie w dobie zabiegów mających na celu oszczędzenie jak największej części zdrowego narządu, zgodnie ze standardami światowymi, histopatolog musi przebadать znacznie większą liczbę wycinków, opisy są tekstowo obszernie, a dodatkowo w każdym przypadku jesteśmy zobligowani do wykonania wielu dodatkowych badań niezbędnych do zaplanowania leczenia uzupełniającego. Ze zrozumiałych względów klinicyści coraz surowiej wymagają od nas przestrzegania tych standardów – tłumaczy prof. Ryś.

Patomorfolog to nie tylko lekarz wykonujący sekcje

Ten strukturalny absurd ma swoje korzenie w archaicznym już dziś rozporządzeniu z 1927 r., które mówiło, że zmarli w szpitalu muszą mieć obowiązkowo przeprowadzoną sekcję zwłok, co skutkowało funkcjonowaniem przy każdym z nich pracowni sekcyjnych. Utało się więc, że patologia to sekcja, a patolog to lekarz sekcyjny. Tymczasem patomorfolog to przede wszystkim specjalista oceniający zmiany tkankowe w połączeniu z danymi klinicznymi i wynikami badań laboratoryjnych. To właśnie ocena patomorfologa, w trakcie tzw. badania śródoperacyjnego, decyduje o rozległości zabiegu chirurgicznego. Co więcej, bez szeregu badań wykonywanych w pracowniach i zakładach patomorfologicznych nie jest możliwe aktualnie podjęcie żadnej z procedur wykonywanych w ramach tzw. leczenia spersonalizowanego. Środowisko patomorfologów zwraca więc uwagę, że praca w obecnych strukturach nie jest w pełni doceniana.

Konieczne trzeba się wydzielić

– Dopóki patologia nie będzie finansowana z zewnątrz, tj. odrębnie, a będzie traktowana wyłącznie jako koszt procedur klinicznych, nie będzie możliwości wygenerowania miejsc pracy dla osób, które są po specjalizacji – przekonuje prof. Andrzej Marszałek, a dr Jarosław Wejman z Zakładu Patomorfologii Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego dodaje, że jest to jedna z trudniejszych specjalności w medycynie, wymagająca ustawicznego kształcenia, słabo wynagradzana, co odstrasza młodych lekarzy od specjalizowania się w tej dziedzinie. – By podolać natłokowi badań, często pracujemy po 10-12 godzin, za pieniądze nieadekwatnie niskie do wysiłku i ogromnej odpowiedzialności, wydłuża się nam czas pracy bez żadnej gratyfikacji finansowej – mówi dr Wejman.

W 2015 r. upubliczniono kolejną wersję projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie patomorfologii, do którego środowisko patomorfologów zgłosiło wiele uwag. Określa on miejsce patomorfologii w systemie ochrony zdrowia, definiuje

diagnostykę patomorfologiczną przez wskazanie czynności patomorfologicznych, określa zakresy uprawnień dla poszczególnych zawodów (lekarze patomorfodzy, diagności laboratoryjni) i ich kwalifikacji, zasady zleceń do diagnostyki patomorfologicznej, procedury wewnętrzne (w tym archiwizacji materiału), poziomy referencyjności czy wreszcie zasady polityki jakości. Jednak dotąd nie został on podpisany, wciąż jest na etapie konsultacji społecznych, a patomorfologia niezmiennie działa na starych zasadach.

Usługa kontraktowana

Za potrzebą wprowadzenia zmian przemawiają dane europejskie. Na jednego patologa w Europie przypada 30 tys. mieszkańców, a w Polsce ponad 75 tys. – więcej niż w Turcji. Mimo to, jak zapewnia prof. Radosław Kordek, krajowy konsultant w dziedzinie patomorfologii, poziom badań jest dobry, a kwalifikacje lekarzy tej specjalności są wysokie, czego potwierdzeniem jest fakt, że polscy patolodzy podejmujący pracę za granicą są cenieni. Gorzej z dostępnością, na wynik badania trzeba czekać, co wiąże się z deficytem kadrowym w tej specjalności. – Transformacja jest nieunikniona, ale musi dotyczyć nie tylko zmian strukturalnych, ale i sposobu finansowania. W patologii część preparatów to preparaty trudne i bardzo trudne, nie można więc określić norm ilościowych wykonywanych badań i wycenić ich średnią wartość finansową. Bywają takie dni, kiedy patolog przez cały dzień zajmuje się np. dwoma przypadkami – mówi prof. Kordek. Diagnostyka patomorfologiczna w Polsce przez wiele lat była i nadal jest niedofinansowana i niedoceniana. Zdaniem prof. Marszałka, to właśnie skutek błędów systemowych (nie znajduje się na liście procedur finansowanych przez NFZ). – Dopóki patomorfologia nie będzie wyłączona z ogólnej diagnostyki, nie stanie się odrębnie finansowana, dopóty nie będziemy w stanie ocenić prawdziwego zapotrzebowania na badania histopatologiczne, określić, jaki jest rynek usług i jakie jest obciążenie pracą patomorfologów – przekonuje profesor.

W wielu krajach stopień obciążenia określa się liczbą przypadków przypadających na jednego patologa na rok (od 1,5 tys. do 2 tys.) w zależności od tego, czy jest to szpital uniwersytecki, ▶



prof. Radzisław Kordek



prof. Janusz Ryś



dr Michał Pyzlak

jednostka referencyjna czy zakład w szpitalu powiatowym. W całej Europie Zachodniej patomorfologia to usługa zdrowotna kontraktowana i finansowana oddzielnie. Rodzimym problemem są także nierówności w wyposażeniu zakładów patomorfologii. W dużych szpitalach wyposażenie jest lepsze, w małych zakładach gorsze. Choć to też nie jest regułą. Problemem jest również fakt, że w Polsce istnieją jeszcze duże szpitale wojewódzkie, które nie mają „własnego” zakładu patomorfologii. Z kolei pojawiają się firmy zewnętrzne oferujące placówkom ochrony zdrowia usługi histopatologiczne i proponują niższe ceny za badanie (często jest ono wykonane z pominięciem właściwego opracowania), przez co szpital oszczędza na kosztach przeznaczonych na diagnostykę, w której zawiera się patomorfologia. To też skutkuje negatywnie, ponieważ np. w nowoczesnej onkologii dąży się do powstawania zespołów diagnostycznych (klinicyści, patomorfolog, radiolog, onkolog), w których następuje przepływ informacji. – To już nie te czasy, kiedy wystarczyło szkiełko i mikroskop, obecnie patomorfolog koordynuje wykonanie wielu różnorodnych badań laboratoryjnych (w tym badań immunohistochemicznych, ultrastrukturalnych i molekularnych) i podsumowując ich wyniki, uczestniczy w całym procesie zarówno stawiania diagnozy, jak i leczenia, ponieważ od wyniku wspomnianych badań zależy dalszy sposób postępowania medycznego – konkluduje prof. Janusz Ryś.

Strategia walki z rakiem

Patomorfologia stała się dziś nieodzowną częścią kompleksowej strategii walki z rakiem. To także jeden z argumentów przemawiających za wydzieleniem tej specjalności z ogólnie pojętej diagnostyki i nadanie jej odpowiedniej rangi w tym zespole. Takie możliwości stworzyła zapowiedź podjęcia prac nad projektem dotyczącym kompleksowego zwalczania raka, a prof. Maciej Krzakowski, przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii działającej przy Ministrze Zdrowia, powołał Zespół ds. Wdrażania Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024 pod kierownictwem prof. Jacka Jassemę. Dokument ten jest efektem współpracy niemal 200 eksper-

tów, przedstawicieli towarzystw naukowych i organizacji pozarządowych z administracją państwową łącznie, a także z Polskim Towarzystwem Patomorfologów. Ma na celu poprawę wyników leczenia nowotworów w Polsce, które nadal odbiegają in minus od średniej europejskiej.

Strategia określiła podjęcie 90 działań, które mają zapewnić realizację 30 celów postawionych w 5 obszarach: organizacji i zarządzania systemem zwalczania chorób nowotworowych, nauki i badań nad rakiem, profilaktyki, diagnostyki i leczenia oraz jakości życia w trakcie i po zakończeniu terapii onkologicznej. W polskiej onkologii to zupełnie nowe podejście, odchodzi się w nim od doraźnych działań na rzecz podejścia systemowego i strategicznego. W ramach wdrażania projektu przyjęto dziewięć priorytetów. Jednym z nich jest diagnostyka patomorfologiczna nowotworów. Prof. Jacek Jassem, dostrzegając trudną sytuację tej specjalności, uważa, że pracownicy patomorfologii należy doinwestować i unowocześnić. W minionej kadencji ówczesna prezes Polskiego Towarzystwa Patomorfologów prof. Anna Nasierowska-Guttmajer była włączona w te działania.

Standaryzacja opisu badania i rozpoznania

Zgodnie z ustawą z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, od lipca 2017 r. dokumentacja medyczna powinna być prowadzona w formie elektronicznej. Ze względu na specyfikę pracy zakładów patomorfologii niezbędna jest ich informatyzacja, a przede wszystkim wprowadzenie standaryzacji pracy. – W szpitalach patomorfologia jest z informatyzacją, bo jest częścią systemu informatycznego szpitalnego, jednak w tej dziedzinie nie da się obejść elementu analogowego, czyli szkiełka, ponieważ w badaniu patomorfolog ma do czynienia z materiałem biologicznym – tłumaczy dr Michał Pyzlak z Zakładu Patologii IPCZD i dodaje, że standaryzacji wymaga przede wszystkim system raportowania wyników badań histopatologicznych. Obecnie każdy zakład i każdy lekarz może w dowolny sposób opisywać badane przypadki. Prowadzi to do sytuacji, że ten sam nowotwór może być opisywany



prof. Renata Langfort

dr Jarosław Wejman



prof. Andrzej Marszałek

FOTO: Ryszard Golański

w różny sposób. Ujednolicenie formatów raportów spowoduje, że uzyskiwane wyniki badań będą miały zawsze tę samą strukturę i odpowiedni zakres opisowy. Dzięki temu chirurg onkolog uzyska precyzyjną diagnozę każdego z przypadków. Taki ustandaryzowany raport z wyników badania histopatologicznego będzie stanowił część składową elektronicznej dokumentacji medycznej. Umożliwi to stworzenie na poziomie centralnym bazy wyników badań histopatologicznych. Wprowadzenie kompatybilnych systemów informatycznych do zakładów patomorfologii pozwoli na monitorowanie pracy tych jednostek organizacyjnych, a także kontrolę związaną ze świadczeniami z zakresu diagnostyki patomorfologicznej.

Patomorfologia przyszłości

A jaka będzie patomorfologia przyszłości? Na pewno jej narzędziem nie będzie już tylko klasyczny mikroskop, ale najnowsze zdobycze medycyny w dziedzinie diagnostyki molekularnej, jak również komputerowej analizy obrazu. Coraz bardziej powszechne staje się wykorzystanie systemów do skanowania preparatów mikroskopowych i oceny obrazu mikroskopowego z poziomu ekranu monitora. Wprowadzenie cyfrowych narzędzi diagnostycznych w połączeniu z systemami informatycznymi pozwoli szerzej zaistnieć telepatomorfologii. Powszechna stanie się możliwość konsultacji histopatologicznych prowadzonych z wykorzystaniem otwartych platform konsultacyjnych. Telepatomorfologia umożliwi też prowadzenie diagnostyki na odległość. Ze względu na deficyt lekarzy patomorfologów wprowadzenie telepatomorfologii może pomóc w bardziej efektywnym wykorzystaniu kadry specjalistów, ale nie zastąpi ich wydolności. Obecnie w patomorfologii na bazie obrazów wirtualnych często oparte są działania edukacyjne. Zakłada się, że dzięki takiej edukacji wzrośnie atrakcyjność tej specjalizacji oraz poziom i jakość kształcenia lekarzy. Platformy e-learningowe mogą być wykorzystane w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych już praktykujących lekarzy, organizacji kursów i szkoleń czy okreso-

Najpilniejsze i najbardziej niezbędne działania w opinii Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów

1. Uznanie patomorfologii jako dziedziny priorytetowej w systemie ochrony zdrowia.
2. Wyodrębnienie procedur patomorfologicznych jako odrębnych świadczeń zdrowotnych.
3. Wdrożenie wymogów, jakie powinny spełniać jednostki patomorfologii, aby istniały możliwości zachowania standardów diagnostyki patomorfologicznej i zapewnienie bazy aparaturowej odpowiadającej stawianym standardom.
4. Powszechne wdrożenie procedur dotyczących algorytmów diagnostycznych.
5. Ocena realnego zapotrzebowania na usługi patomorfologiczne i utworzenie adekwatnej bazy do ich wykonywania w oparciu o odpowiednio liczną kadrę specjalistów.
6. Integracja systemu akredytacji i kontroli jakości zakładów i pracowni patomorfologicznych oraz wprowadzenie stopni referencyjności zakładów patomorfologii.
7. Intensyfikacja kooperacji patomorfolog-klinicysta, tak jak „wymuszono to” w systemie związanym z szybką diagnostyką onkologiczną.

wych sesji doskonalących dla patomorfologów posiadających specjalizację.

Podobne systemy z powodzeniem od lat wdrażane są w Zakładach Diagnostyki Obrazowej (tzw. systemy RIS, czyli Radiology Information System). Dziś praktycznie wszystkie Zakłady Diagnostyki Obrazowej zostały z informatyzowane i posiadają systemy informatyczne klasy RIS. Wdrożenie odpowiednich narzędzi informatycznych w patomorfologii pozwoli kontrolować i utrzymywać na określonym poziomie przyjęte standardy. Informatyzacja patomorfologii pozwoli znacząco podnieść jakość raportów histopatologicznych, co w konsekwencji przełoży się na skuteczność całego systemu diagnostyki patomorfologicznej w Polsce. ■



**Romuald
Krajewski**

Prezydent
Europejskiej
Unii Lekarzy
Specjalistów
(UEMS)

W Europie?

Po pierwszych informacjach o wynikach referendum w Wielkiej Brytanii w UEMS pojawiło się pytanie o przynależność i status British Medical Association. Mam wrażenie, że dla bardzo dużej większości europejskich lekarzy wynik referendum był niemiłym zaskoczeniem. W medycynie jesteśmy od bardzo dawna przyzwyczajeni do współpracy międzynarodowej. Bardzo dobrze wiemy, jak wiele daje praca w innych krajach lekarzom i ochronie zdrowia. Docenia to także BMA, które w liście do UEMS stwierdza, że niezależnie od politycznych uwarunkowań nadal będzie aktywnie uczestniczyć w pracach organizacji europejskich.

Pojawiło się też pytanie o formalny status BMA w UEMS. Jest on warunkowany przynależnością do Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EEA), Rady Europy. Jeżeli UK pozostanie w EEA, BMA mogłoby pozostać pełnoprawnym członkiem UEMS.

Z powyższego wynika, że w UEMS chcemy potraktować Brexit formalnie. Udział brytyjskich Koleżanek i Kolegów w pracy organizacji europejskich, ich zaangażowanie w sprawy publiczne i kompetencja są znane i cenione. Jednak na pewno także wśród lekarzy będą głosy mówiące, że jak się powiedziało „exit”, nie będzie można udawać, że nic się nie stało. Sądzymy, że uczestnictwo w europejskiej wspólnotce musi być świadome i zaangażowane. Jesteśmy w niej przede wszystkim po to, by tworzyć wspólne zasady, wymieniać doświadczenia i wspierać się. Jeżeli komuś to nie odpowiada, nie należy traktować go jak niegrzeczne dziecko, którego zachcianki należy spełniać, lecz raczej uprzejmie wskazać drzwi wyjściowe.

Na pewno musimy dyskutować, jak realizować europejską ideę. Czy więcej centralizacji czy subsydiarności? Subsydiarność i autonomia są piękne, ale mniej skuteczne. Centralna administracja jest nielubiana, ale ludzie „porządkiem poprzez zarządzanie”.

Ponieważ autonomia zawodowa jest istotą naszego zawodu i zawodów zaufania publicznego, lekarze powinni wspierać subsydiarność, która jest także podstawą samorządności zawodowej. W praktyce realizacja tej zasady nie jest łatwa. Z jednej strony, dla wielu osób różnica między samorządnością a samowolą jest niejasna albo nie istnieje. Z drugiej strony, w Europie mówienie o subsydiarności bardzo często oznacza w praktyce, że mówi się nie dla biurokracji europejskiej, aby móc już bez przeszkód rozwijać biurokrację rodzimą.

Wydarzenia w rodzaju Brexit usposabiają do uproszczeń i pochopnych wniosków. Znalezienie równowagi pomiędzy subsydiarnością i autonomią a potrzebą wspólnych zasad jest bardzo trudne. W UEMS uważamy, że odpowiedzialna autonomia jest mimo wszystko lepszym rozwiązaniem i staramy się pokazywać, że europejscy lekarze potrafią ją realizować nie tylko w deklaracjach, ale przede wszystkim w praktyce. ■

EBM przeniknęło praktykę lekarską

Z **prof. Romanem Jaeschke**, epidemiologiem, biostatystykiem i promotorem evidence based medicine z MacMaster University w Kanadzie, który znalazł się w gronie najbardziej wpływowych ludzi medycyny na świecie, rozmawiają **Ryszard Golański i Marta Jakubiak**.

Panie profesorze, co trzeba zrobić, żeby znaleźć się wśród najbardziej wpływowych ludzi medycyny na świecie?

Żeby odnieść sukces, niezależnie od tego, jak ten sukces zdefiniujemy, trzeba pracować z ludźmi, na których wsparcie można liczyć i których można wspierać. Trzeba być w dobrym czasie w dobrym miejscu. To chyba najważniejsze. Tylko bardzo nieliczne jednostki mogą dokonać wielkich rzeczy w pojedynkę, jak np. dr David Sackett, twórca pojęcia epidemiologii klinicznej, czy dr Gordon Guyatt, ojciec evidence based medicine.

Jako epidemiolog zdaję sobie również sprawę, że wyniki rankingów to kwestia pomiarów robionych w różny sposób. Wiele zależy od tego, jakie przyjmie się kryteria. Trzeba mieć więc też trochę szczęścia.

W Polsce model evidence based medicine, czyli medycyny opartej na faktach, budzi czasem kontrowersje – lekarze z wieloletnim stażem pytają, gdzie w zderzeniu ze standardami jest miejsce dla ich doświadczeń w leczeniu konkretnych chorób?

Evidence based medicine to nie jest koncepcja czarno-biała. W modelu tym jest wiele odcieni szarości. Trzeba więc doprecyzować, co ma się na myśli, mówiąc „evidence based medicine”. Według mnie nie są to jedynie randomizowane badania kontrolne, ale także indywidualne doświadczenia, poczynając od prostych obserwacji poszczególnych lekarzy, jak np. podanie insuliny czy szybka resuscytacja. Dowody skuteczności tych terapii są tak mocne, że nie trzeba wykonywać badań randomizowanych, aby je potwierdzić.

Pamiętam, kiedy podałem swoim pierwszym pacjentom przy zatorze mózgu leki trombolityczne. Kilku z nich miało wylewy krwotoczne. Dziesięć lat temu badanie randomizowane pokazywało jednak, że to dobre postępowanie dla populacji, dla „średniego pacjenta”. Gdybym oparł się wówczas wyłącznie na swoich doświadczeniach, już nigdy nie podawałbym leków trombolitycznych.

„Evidence” – biorąc pod uwagę źródłostów – to dane przemawiające za takim lub innym sposobem postępowania, a nie jedynie wyniki badań eksperymentalnych. To również przesłanki fizjologiczne, patofizjologiczne i obserwacje własne pacjentów. Chory mieszkający w Tatrach mogą reagować zupełnie ▶

inaczej niż ci w Hongkongu. Unikałbym dogmatycznego podejścia do stosowania się do wytycznych.

Dlaczego?

Uważam, że wytyczne wnoszą dużo dobrych rzeczy, ale w niektórych wypadkach mogą niestety zaszkodzić. Na przykład w przypadku ludzi starszych, 80-85-letnich, stosując się do zaleceń wydawanych przez towarzystwo kardiologiczne, endokrynologiczne, reumatologiczne, pulmonologiczne, trzeba byłoby podać około trzynastu leków, a przecież to nie jest dobre dla pacjentów w podeszłym wieku. Podstawową zasadą evidence based medicine jest, by postępowanie według wskazań miało sens.

Jedna z największych rewolucji, która w ciągu ostatnich pięciu lat dokonała się w modelu EBM, to rozróżnienie sytuacji, w których wiemy, co robimy i jakie są skutki naszego postępowania, od tych, w których myślimy, że wiemy, ale tacy całkiem pewni nie jesteśmy.

Co to oznacza?

Kiedy bliżej przyjrzymy się practice guidelines, czyli wytycznym postępowania, okazuje się, że minimum trzy czwarte z nich to tzw. zalecenia słabe, czyli takie, które dają lekarzom dość duże pole manewru. To rewolucja. Wcześniej wytyczne były niemal czymś wrytym w kamieniu, a lekarz bezwzględnie musiał ich przestrzegać. Obecnie, kiedy zapytamy, jakie są przesłanki prowadzące do danej rekomendacji, to okazuje się, że niektóre z nich są na tyle niepewne, że zaczynamy się zastanawiać, czy dana rekomendacja to jedyna możliwa i słuszna droga postępowania. Trzeba odróżnić zalecenia mocne od tych słabych.

Czy są jakieś istotne różnice, jeśli chodzi o podejście do EBM w Polsce i w Kanadzie?

Wszyscy jesteśmy bardzo podobni. Myślę, że 95 proc. praktykujących klinicystów nie ma ochoty, zdolności, umiejętności, inklinacji do tego, żeby zajmować się hermetycznym językiem badań epidemiologicznych, jeśli oczywiście tak rozumie się EBM.

Czym zatem jest evidence based medicine?

Przeszukując bazy publikacji, można dziś znaleźć ponad 12 tys. artykułów zarówno popierających, jak i krytykujących EBM, definiujących ją w różny sposób. Według mnie medycyna oparta na faktach przeniknęła już praktykę lekarską. Wytyczne są jednym z pojęć kojarzonych z EBM. Kwestia metaanaliz, badań zrandomizowanych, uwzględniania wartości i preferencji pacjenta – to koncepcje, które w znacznym stopniu się złyły. Coraz większa liczba interwencji jest poddawana racjonalnej ocenie. Muszę przyznać, że jeśli chodzi o znajomość i wdrażanie najnowszych trendów medycznych, Polska często jest przed innymi krajami podążającymi za innowacjami. Jeśli docieraliśmy do innych, to za moich polskich czasów (30 lat temu), trwało to przynajmniej pokolenie, a w tej chwili doganiamy nowości (te które są, mamy nadzieję, korzystne), na przestrzeni miesięcy lub krótkich lat.

Evidence based medicine, czyli rozumienie i przekazywanie informacji w celu podejmowania dobrych decyzji, jest wspólnym językiem wszystkich ludzi, którzy biorą udział w leczeniu, włącznie z pacjentami. Najbardziej ambitnym celem EBM jest doprowadzenie do tego, by możliwe było skuteczne porozumiewanie się internistów z ortopedami, co – jak lekarze doskonale wiedzą – nie jest rzeczą łatwą. (Śmiech)

W jednym z czasopism naukowych znalazłem niedawno publikację na temat badania „Spring”. Kiedyś mówiono, że ciśnienie tętnicze powinno mieć wartość 100 plus wiek. We wspomnianym badaniu wzięło udział 2600 chorych w wieku średnio 80 lat. To była grupa pacjentów wysokiego ryzyka. Zaczynano ich leczyć lekami przeciwtętnicznymi, celując na 140 albo na 120.

Jakie były wyniki?

Okazało się, że aby uniknąć jednego zawału na przestrzeni trzech lat, trzeba leczyć 83 pacjentów, utrzymując ich ciśnienie raczej na 120 niż 140, jednego zatoru – 190 pacjentów, 62 – jednej niewydolności serca i 39 pacjentów, żeby w ciągu trwania badania zmarła jedna osoba mniej.

Jak te dane interpretować?

Dane (evidence) nie podejmują decyzji za lekarzy. Decyzje podejmują ludzie. Kiedy mamy wyniki badań, warto je porównać z wynikami innych. Zobaczyć, co na dany temat napisano w podręcznikach i publikacjach naukowych. Lekarz musi najpierw wiedzieć, później zaakceptować i być przekonany, że dana terapia pasuje do danego pacjenta i jest możliwa do wdrożenia, czyli pacjent wykupi leki i wypełni zalecenia, a jak wiemy, 50 proc. chorych tego nie robi.

Epidemiologia to nie jedyna specjalizacja pana profesora.

Wspomniany dr David Sackett, także epidemiolog, powiedział kiedyś, że nie może mówić lekarzom, co mają robić, skoro nie jest klinicystą. Wrócił na studia i zrobił specjalizację z medycyny wewnętrznej. Uważał, że nikt, kto w ciągu roku nie ma co najmniej 200 pacjentów z daną jednostką chorobową, nie powinien się na temat tej jednostki wypowiadać. W naszym zespole wszyscy, którzy są wykształceni w epidemiologii i biostatystyce, są jednocześnie praktykującymi lekarzami. Moja specjalność to intensywna terapia. Od siedmiu lat prowadzę w swoim szpitalu zespół szybkiego reagowania. To część oddziału intensywnej terapii medycznej. W Kanadzie zorganizowana jest ona chyba nieco inaczej niż w Polsce, gdzie na OIOM-ie pracują anestezjologzy.

Nie tylko oni. Od 2013 r. mamy Polskie Towarzystwo Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej.

To zmiana z korzyścią dla pacjentów, bo zyskali opiekę multidyscyplinarną. Na tym odcinku potrzebny jest przecież nie tylko anestezjolog, ale często kardiolog, respirator, nefrolog i chirurg z dodatkowym wykształceniem w critical care.

Wiem, że są w Polsce plany wprowadzenia zespołów szybkiego reagowania, współfinansowane przez Unię Europejską. Jak dowiedziałem się od przedstawicielki Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, zostaną utworzone w 25 szpitalach.

Sam organizowałem kiedyś takie zespoły w Ontario. I muszę powiedzieć, że jedną z większych trudności, jaką napotkaliśmy, była kwestia interpersonalnej komunikacji z lekarzami, którzy są lekarzami prowadzącymi pacjenta. Przestrzegam z góry, że trzeba być bardzo czułym, wchodząc na czyjeś podwórko.

Kiedy zespoły szybkiego reagowania powstały w Kanadzie?

W samym Ontario ich tworzenie zależało od ceny ropy naftowej. W 2007 i 2008 r. było dużo pieniędzy, w związku z tym przygotowano program pilotażowy i powstały w 30 szpitalach, w większości w dużych ośrodkach akademickich. Potem cena ropy bardzo spadła, więc funduszy ubywało i wszystko trochę się zatrzymało. W tym roku cena ropy znowu poszła do góry, więc stworzyliśmy kolejnych siedem.

Dlaczego zaczęto je tworzyć?

Ponieważ tradycyjny model opieki szpitalnej nie zadawał. Kiedy coś się działo, wzywany był najmniej doświadczony członek zespołu, czyli często student. Jeśli nie wiedział, co się dzieje, prosił o pomoc kolejnego najmniej doświadczonego, czyli kogoś z programu szkoleniowego, stażystę. Ten z kolei prosił o pomoc kolejnego niedoświadczonego lekarza. Zanim pojawił się ktoś doświadczony, mijało bardzo dużo czasu. Trzeba pamiętać, że szpitale są obecnie bardzo wyspecjalizowane, chirurg laparoskopowy może nie wiedzieć, jak zrobić operację otwartą, z kolei ortopedy niekoniecznie będą umieli poradzić sobie z zapaleniem płuc. Potrzebna jest praca zespołowa i wsparcie doświadczonych specjalistów różnych dziedzin.

To były przesłanki, by sprawdzić, dlaczego właściwa pomoc dociera z takim opóźnieniem, skąd się biorą braki w sprawnym działaniu systemu. Zastanawiano się, gdzie lepiej mieć zawał – na ulicy czy na psychiatrii albo urologii? Gdzie szybciej dotrze pomoc? Dlaczego umierają pacjenci, po których nikt się tego nie spodziewa?

I co ustalono?

Po pierwsze, u pacjentów, w przypadku których nie spodziewano się zagrożenia życia, nie sprawdzano funkcji życiowych. Jeśli już były mierzone, brakowało komunikacji pomiędzy poszczególnymi członkami zespołów albo aktywowany był łańcuch ludzi o różnym (malejącym) stopniu niekompetencji. Ponadto na wyspecjalizowanych oddziałach personel nie bardzo wie, co robić w sytuacjach rzadkimi. W wielu przypadkach pielęgniarki nie były w stanie prosić o pomoc same, musiały przechodzić przez łańcuch innych ludzi. A przecież wiemy, że każde 30 minut odgrywa rolę. Ważne jest, jak szybko, np. przy wstrząsie septycznym, pacjenci otrzymają wlew płynów lub otrzymają antybiotyki, bo to decyduje o przeżywalności.

Poddając sytuację analizie i wyciągając wnioski, stworzono koncepcję critical care response.

Jakie są najważniejsze zadania zespołu szybkiego reagowania?

Rozpoznanie i działanie, współpraca z kolegami z oddziałów. To nie jest zespół, który ma przejąć opiekę nad danym pacjentem, ale pomóc w sytuacjach kryzysowych. Do jego zadań należy także monitorowanie pacjentów, których wypisano z oddziałów intensywnej terapii, bo – jak wiadomo – przeniesienie chorego na zwykły oddział jest momentem krytycznym. Członkowie zespołu szkoleni są również w zakresie opieki nad pacjentami, którzy zbliżają się do kresu życia. To swego rodzaju mobilny OIOM, którego celem jest zapobieganie niespodziewanym zgonom. W szpitalach, gdzie działają takie zespoły, na plakatach udostępniane są informacje, że w przypadku wystąpienia nagłego problemu można dzwonić pod podany numer telefonu. Dzwoni więc do nas nie tylko personel medyczny, ale także sami pacjenci, sprzątaczk i osoby odwiedzające chorych.

Kiedy interweniujecie?

Żeby zespół zaczął działać, pacjent musi mieć objawy alarmowe i ktoś musi nas o tym zawiadomić. Stąd te plakaty – ludzie nie mogą się bać prosić o pomoc. Reakcja powinna być w ciągu 15-20 minut, dlatego lekarze nie mogą w tym czasie robić czegoś innego, np. opiekować się chorymi na oddziale. Muszą być w gotowości. I kolejna rzecz: pomoc, która przyjdzie, musi wiedzieć, co robić – nie można zaczynać interwencji od wysłania do chorego niedoświadczonego lekarza.

Dodam jeszcze tylko, że sam fakt powołania zespołów szybkiego reagowania wpłynął na zmianę zachowań lekarzy z zespołu podstawowego. W 78 proc. przy łóżku jako pierwszy pojawiał się lekarz specjalista, a nie stażysta.

To działa?

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło w Ontario wywiady z około 2 tys. osób, które pracują w szpitalach, gdzie wprowadzono critical care response teams. 90 proc. ankietowanych było bardzo usatysfakcjonowanych szybkością reagowania zespołów, jakością udzielanej przez nie pomocy, a powołanie ich ocenili pozytywnie. 93 proc. lekarzy i 73 proc. pielęgniarek uznało, że dzięki nim zwiększyło się bezpieczeństwo pacjentów. Wzrosła także satysfakcja z pracy. Od kiedy się pojawiły, jest więcej przyjęć na intensywną terapię, ale pacjenci przebywają tam krócej.

Przed rozpoczęciem pracy mojego zespołu przez mniej więcej rok mierzyliśmy, ile było niespodziewanych zatrzymań krążenia. Pięć na tysiąc przyjęć. Od czasu, kiedy działamy, rocznie odnotowujemy nie więcej niż dwa, maksymalnie 2,5. Istnienie zespołów szybkiego reagowania to szansa na sprawną identyfikację sytuacji kryzysowych, unikanie zatrzymania krążenia poza ostrymi oddziałami, zmniejszenie ilości niespodziewanych zgonów i poprawa bezpieczeństwa. Cieszę się, że również w Polsce lekarze będą mieli takie wsparcie. ■



**Wojciech
Idaszak**

Radca prawny
Naczelnej Izby
Lekarskiej

O homeopatii na sportowo

czyli **samorząd lekarski vs. homeopatia 2:1**

Niedawno odbyły się Mistrzostwa Europy w piłce nożnej, a w niedługim czasie po nich rozpoczęły się Igrzyska Olimpijskie. Rok 2016 obfituje w znakomite wydarzenia sportowe, co skłoniło mnie do przedstawienia historii sporu prawnego dotyczącego homeopatii przez pryzmat rywalizacji sportowej.

Pierwsza połowa, czyli atak z zaskoczenia i 0:1 do przerwy

Spór prawny dotyczący homeopatii rozpoczął się w lutym 2010 r., kiedy to Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów skierował do Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej pismo o wszczęciu postępowania wyjaśniającego, mającego ustalić, czy działania samorządu lekarskiego odnoszące się do produktów homeopatycznych mają charakter antymonopolowy. Działania, które zainteresowały Prezesa UOKiK, to podjęte przez Naczelną Radę Lekarską 4 kwietnia 2008 r. stanowisko nr 7/08/V w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentyistów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach. Naczelna Rada Lekarska stanowiskiem tym przypominała lekarzom i lekarzom dentyistom o ciąży na nich obowiązku kierowania się w postępowaniu zawodowym wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej¹. W związku z brakiem wiarygodnych dowodów potwierdzających terapeutyczną skuteczność homeopatii i metod pokrewnych Naczelna Rada Lekarska wyraziła opinię, że stosowanie tych metod nie mieści się w kanonie działań znajdujących oparcie w aktualnej wiedzy medycznej.

Prowadzone przez Prezesa UOKiK postępowanie administracyjne doprowadziło go do przekonania, że stanowisko NRL jest „porozumieniem ograniczającym konkurencję na krajowych rynkach sprzedaży produktów leczniczych homeopatycznych wydawanych z przepisu lekarza”. W konsekwencji Prezes UOKiK decyzją z 25 lipca 2011 r. nałożył na Naczelną Izbę Lekarską karę pieniężną w wysokości blisko 50 tys. zł (49 113,89 zł) oraz nakazał zaprzestania ograniczającej konkurencję praktyki.

Druga połowa: od obrony do kontrataku

Naczelna Izba Lekarska zaskarżyła ww. decyzję do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, kwestionując zasadność jej wydania, w szczególności nieuwzględnienie okoliczności, że w interesie publicznym jest zapewnienie leczenia według zasad aktualnej wiedzy medycznej oraz to, że decyzja Prezesa UOKiK w istocie pozbawiała samorząd lekarski możliwości wypowiedzania się w kwestiach prawidłowego wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentyisty. Jak bowiem inaczej interpretować nakaz zaprzestania niedozwolonej praktyki, za którą uznano wydanie stanowiska przypominającego o wynikającym

z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej obowiązku postępowania zgodnego z aktualną wiedzą medyczną?

Zaskarżenie decyzji Prezesa UOKiK do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oznaczało, że samorząd lekarski z defensywy przechodzi do ataku. W postępowaniu przed sądem samorząd lekarski wykazał inicjatywę dowodową, przeprowadzając m.in. dowody z zeznań działaczy samorządu biorących udział w podjęciu stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej z 2008 r.

Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z 30 grudnia 2015 r. był dla decyzji Prezesa UOKiK miażdżący. Sąd Okręgowy w zdecydowanej większości podzielił argumenty Naczelnej Rady Lekarskiej, wskazując, że samorząd lekarski działał w interesie publicznym, który rozumiany powinien być w tej sprawie jako prawo pacjenta do bycia leczonym zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz obowiązkiem lekarza do udzielania świadczeń tym wyomogom odpowiadających.

Przeprowadzone postępowanie dowodowe skłoniło Sąd Okręgowy do uznania, że brak jest jakichkolwiek dowodów naukowych potwierdzających skuteczność terapeutyczną homeopatii. Sąd stwierdził, że w przypadku środków homeopatycznych można jedynie mówić o efekcie placebo. Zdaniem sądu to lekarz, a nie pacjent, powinien decydować, jakie środki zleci w ramach leczenia, a kierować w tym względzie powinien się przede wszystkim względami aktualnej wiedzy medycznej oraz obowiązującego prawa.

Sąd podkreślił również, że niekorzystnym z punktu widzenia interesu publicznego byłoby, gdyby samorząd lekarski, posiadając pewną wiedzę związaną ogólnie z leczeniem, nie dzielił się nią z osobami wykonującymi zawody lekarza i lekarza dentysty. Za niekorzystne uznał więc ograniczanie możliwości wyrażania przez samorząd lekarski poglądu związanego z leczeniem.

Dogrywka

Prezes UOKiK postanowił nie składać broni. Od wyroku Sądu Okręgowego wniesiona została apelacja, w której zarzucono m.in., że ustalenia poczynione przez Sąd Okręgowy odnośnie braku terapeutycznej skuteczności homeopatii, są bez znaczenia dla sprawy (tak!), a produkty homeopatyczne są legalnie dopuszczone do obrotu w Polsce. Powyższe argumenty były dla przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej z jednej strony zaskakujące, z drugiej wiele mówiły o tym, jaką optykę w całym sporze przyjął UOKiK. Stwierdzenie, że jeśli produkt jest dopuszczony do obrotu, a prawo nie wymaga potwierdzenia jego skuteczności terapeutycznej, to można go dowolnie stosować, a dodatkowo skuteczność leczenia pozostaje poza zainteresowaniem UOKiK – tak można bardzo upraszczając, przedstawić stanowisko Urzędu – nie mogło zyskać zrozumienia ze strony samorządu.

Sąd Apelacyjny wyznaczył rozprawę na 1 kwietnia 2016 r., a więc w prima aprilis. Czy data ta została wyznaczona przypadkowo, czy może coś miała mówić o przedmiocie sporu? Czytelnikom pozostawię w tym zakresie wolne pole do interpretacji.

Sąd Apelacyjny utrzymał zaskarżony wyrok w mocy, uznając, że decyzja Prezesa UOKiK była błędna. Sąd Apelacyjny stwierdził, że stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/08/V z 4 kwietnia 2008 w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach nie miało na celu ograniczenia wydawania przez lekarzy recept na produkty homeopatyczne. W ocenie Sądu Apelacyjnego, Naczelna Rada Lekarska w swoim stanowisku wskazała na niewłaściwą podstawę związaną z propagowaniem takiej metody leczenia (jako wyłącznej metody leczenia), której skutki w świetle aktualnej wiedzy medycznej są wysoce wątpliwe.

Sąd podzielił pewne zarzuty apelacji i uznał, że twierdzenia Sądu Okręgowego na temat bezskuteczności terapeutycznej homeopatii były nieuprawnione, albowiem Sąd ten oparł się w tym zakresie na zeznaniach świadków, a nie na dowodzie z opinii biegłego.

Taka argumentacja jest na pierwszy rzut oka logiczna, ale jak biegły miałby w toku postępowania sądowego przeprowadzić dowód na działanie lub brak działania terapeutycznego jakiegoś produktu – przeprowadzając wieloletnie, randomizowane badania kliniczne? W tym kontekście także zaskakuje postawa Prezesa UOKiK, którego w przedmiotowej sprawie w ogóle nie interesowało, czy produkty homeopatyczne mają jakiekolwiek działanie terapeutyczne – co z rozbijającą szczerością przyznawał w toku postępowania. Interesowało go jedynie to, że skoro można nimi handlować, to lekarzowi nie można ograniczać możliwości wystawienia na nie recepty.

Rzuty karne?

Samorząd lekarski wysunął się wyraźnie na prowadzenie po dwóch korzystnych wyrokach sądowych, nie można jednak wykluczyć, że to nie koniec tej prawniczej rywalizacji. Wyrok Sądu Apelacyjnego jest prawomocny, ale Prezes UOKiK może wnieść od niego skargę kasacyjną do Sądu Najwyższego. Czy tak się stanie, przekonamy się wkrótce – termin na wniesienie skargi kasacyjnej jeszcze nie upłynął.

Paradoksalnie spór ten wznowił dyskusję dotyczącą stosowania homeopatii i poszerzył świadomość społeczną w tym zakresie.

Drugim, niezwykle istotnym skutkiem niniejszej potyczki sądowej jest obrona i umocnienie prawa samorządu lekarskiego do zabierania głosu w sprawach dotyczących wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty. Kolejnym, nie mniej istotnym skutkiem, jest nagłośnienie dyskusji dotyczącej stosowania homeopatii. ■

¹ Tekst stanowiska dostępny na stronie internetowej NIL.

Meritus Pro Medicis

**Lidia
Sulikowska**

Na co dzień przyjmują pacjentów, operują, ratują zdrowie i życie. Wiedzą też, że warto działać na rzecz samorządu lekarskiego, bo dzięki takiemu zaangażowaniu można polepszyć pracę każdego lekarza i lekarza dentysty, a także los pacjenta.

Po wyjściu z sali operacyjnej, oddziału szpitalnego, poradni czy pokoju lekarskiego spotykają się więc we wspólnym gronie i dyskutują nad lepszymi rozwiązaniami dla ochrony zdrowia. Debatują, a gdy trzeba, interwenują u Ministra Zdrowia i władzy najwyższej w państwie. Walczą z absurdalnymi przepisami, zgłaszają swoje pomysły na poprawę warunków wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, wspierają działalność kulturalną i sportową lekarskiej braci, dbają o tych, którzy potrzebują pomocy. Pielęgnują pamięć o tych, którzy odeszli na wieczny dyżur. Wykonują mrowczą, niezwykle potrzebną pracę, zbyt często jednak nie do końca dostrzeganą i docenianą w samym środowisku lekarskim, a tym bardziej poza nim.

Najbardziej zasłużeni dla środowiska i samorządu lekarskiego otrzymują odznaczenie Meritus Pro Medicis.

Najlepsi z najlepszych

Odnaczenie Meritus Pro Medicis zostało ustanowione uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej w czerwcu 2004 r. i od tamtego czasu jest przyznawane. Uhonorowany może być nie tylko lekarz, ale i inne osoby, które szczególnie zasłużyły się społeczności lekarskiej. Aby je zdobyć, członkowie albo organy izb lekarskich muszą złożyć wniosek o nada-

nie odnaczenia danej osobie i uzasadnić, skąd taki wybór. Aby poprzeć kandydaturę, warto wystawić list promocyjny (mogą to zrobić osoby już odznaczone Meritus Pro Medicis). O wyborze decyduje Kapituła Odznaczenia, w skład której wchodzi: prezes i wiceprezesi Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodniczący Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich, przewodniczący Komisji Etyki NRL, przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, członkowie NRL, NSL, Naczelnej Komisji Rewizyjnej i zastępcy NROZ noszący to odznaczenie. Kapituła zbiera się na wniosek swojego kanclerza. Rozpatruje wnioski z kandydaturami i głosuje w trybie tajnym. Odznaczenie jest nadawane uchwałą maksymalnie dziesięciu osobom, które uzyskały kolejno największą liczbę głosów (ale jednocześnie każda z nich musi otrzymać nie mniej niż 3/4 ważnie oddanych głosów). Kapituła rozpatruje wnioski raz w roku kalendarzowym.

Kim są odznaczeni? Czym zasłużyli się dla środowiska lekarskiego? Czego dokonali na rzecz samorządu lekarskiego i całego medycznego środowiska? W „Gazecie Lekarskiej” będziemy przedstawiać sylwetki tych, którzy każdego dnia pracują dla dobra polskiego lekarza i lekarza dentysty.



**Prof. Romuald
Krajewski,
kanclerz Kapituły
Odznaczenia
Meritus Pro
Medicis**

Spośród wielu sposobów uznawania większego niż przeciętne

zaangażowania w sprawy naszego środowiska na odznaczenie Meritus Pro Medicis zasłużyć jest najtrudniej. Sposób przyznawania tego odznaczenia powoduje, że nie tylko trzeba wyróżniać się długą i konstruktywną pra-

cą na rzecz naszej samorządności, ale również trzeba umieć współpracować i wspierać wspólne cele. Wśród 95 osób, które uzyskały odznaczenie, są Koleżanki i Koledzy zasłużeni i szanowani w środowiskach lokalnych, duża grupa osób zaangażowanych w pracę w organach odpowiedzialności zawodowej i osoby znane z wieloletniej pracy i funkcji pełnionych w naszym samorządzie. Dla odznaczonych szczególną wartość ma wyrażone w ten sposób uznanie ich zasług przez Kapitułę składającą się z osób doskonale znających nasz samorząd i potrafiących te zasługi ocenić i docenić.

Odznaczeni 2016

W pierwszej połowie 2016 r. Meritus Pro Medicis przyznano ośmiu zasłużonym, w 2015 r. – pięciu. Wszystkim wręczono odznaczenia podczas XIII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbył się w maju tego roku. Zapraszamy do zapoznania się z sylwetkami odznaczonych w tym roku. Odznaczeni w 2015 r. – już w następnym numerze „Gazety lekarskiej”.



Prof. Krzysztof Chomiczewski (WIL)

Specjalista anatomii patologicznej, a także epidemiologii wojskowej oraz higieny i epidemiologii. Jest konsultantem krajowym ds. obronności w dziedzinie epidemiologii. Delegat na okręgowy zjazd lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej (IV-VI kadencja). Był też m.in. okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej (w dwóch kadencjach). Obecnie jest członkiem okręgowego sądu lekarskiego.



Dr Maria Jakubowska (LIL)

Specjalista chorób wewnętrznych, a także transfuzjologii. Od dawna związana z samorządem lekarskim. Od wczesnych lat 80. XX w. uczestniczyła w jego reaktywacji, od 25 lat aktywnie działa na rzecz swojej okręgowej izby lekarskiej. W latach 1989-1993 była jej sekretarzem, później została przewodniczącą Komisji Kształcenia Medycznego (1997-2001) i przewodniczącą Komisji Emerytów i Rencistów (2005-2009). Wielokrotnie była delegatem na OZL i KZL.



Dr Marian Janowski (KPOIL)

Specjalista chirurgii ogólnej i naczyniowej. Od początku włączył się w pracę na rzecz odrodzonego samorządu lekarskiego. Szczególnie zaangażowany w obszarze sądownictwa. Przez wiele lat przewodniczył Komisji Kształcenia i Komisji Legislacyjnej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Od wielu lat jest sędzią Naczelnego Sądu Lekarskiego. Wykłada w Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu.



Dr Teresa Korta (OIL Warszawa)

Specjalista anestezjologii i reanimacji. Lekarz naukowiec i nauczyciel. Działała już na etapie kształtowania się samorządu lekarskiego i pozostała w nim do dziś. Od II kadencji jest zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Jest też członkiem założycielem Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu. Autorka wielu podręczników z zakresu żywienia pozajelitowego.



Wiesław Latała (OIL Opole)

Lekarz dentysta, specjalista stomatologii ogólnej i protetyki stomatologicznej. W 1991 r. współorganizował Klub Stomatologa, który po dwóch latach przekształcił się w Komisję Stomatologiczną Opolskiej Izby Lekarskiej. To właśnie Wiesław Latała został jej pierwszym przewodniczącym. Za jego kierownictwa komisja przejęła obowiązki Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej, która stała się ośrodkiem organizującym i nadzorującym stomatologię w województwie. Jest członkiem okręgowej rady lekarskiej od III kadencji. Od 2001 r. działa w Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.



Anna Lella (WMIL)

Lekarz dentysta, specjalista stomatologii ogólnej i z zakresu periodontologii. Z dużym zaangażowaniem uczestniczy w pracach samorządu lekarskiego od początku swojej pracy zawodowej. W Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej organizuje kształcenie ustawiczne. Była wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczącą Komisji Stomatologicznej NRL, a w obecnej kadencji jest zastępcą sekretarza NRL i przewodniczy Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej NRL. Aktywnie działa w środowisku międzynarodowym – od 2010 r. była sekretarzem generalnym ERO-FDI, a od 2016 r. jest prezydentem tej organizacji.



Jerzy Matkowski (OIL Gdańsk)

Lekarz pediatra i specjalista neonatologii. Jest biegłym w zakresie medycyny sądowej oraz pediatrii i neonatologii. W latach 1990-94 był członkiem swojej okręgowej rady lekarskiej, następnie zaangażował się w działalność Naczelnego Sądu Lekarskiego (jest jego członkiem do dziś). Od 2012 r. przewodniczy Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdaniach Medycznych w Województwie Pomorskim.



Dr Włodzimierz Nowatorski (OIL Płock)

Specjalista chirurgii ogólnej oraz chirurgii onkologicznej. Gdy powstał samorząd lekarski, od razu zaczął działać, angażując się w pracę w organach orzecznictwa zawodowego. Przez wiele lat był okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej oraz przewodniczącym okręgowego sądu lekarskiego swojej izby. W obecnej kadencji przewodniczy Komisji Etyki Lekarskiej OIL w Płocku. ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Pomyślmy o przyszłości

*Prawdą jest zawsze to, co się dzieje, a nie nasza
opowieść o tym, co się powinno dziać.*

Katie Byron

Kończy się okres wakacji i letniego wypoczynku. Czy dla wszystkich był to czas relaksu i spokojnych przemyśleń, wyciszenia emocji, pozytywnego myślenia? Zapewne – jak to w życiu – było różnie: jedni bezstresowo wypoczywali po ciężkiej pracy, inni wypełniali swoje obowiązki lekarskie, a jeszcze inni dyskutowali nad dobrym funkcjonowaniem naszego samorządu.

A przecież każdemu człowiekowi należy się odpoczynek, by mógł się zregenerować i nabrać sił. Skutki przepracowania mogą być tragiczne, pod każdym względem. Powtarzanie w kółko tych samych czynności, opinii i zachowań z pewnością nie jest zdrowe. Także zapalczywość w obronie własnych poglądów bywa szkodliwa. Każdy ma prawo do własnego zdania, ale nie ulegajmy pokusie, aby autorytarnie narzucić swoją wolę innym. Nie lekceważmy i nie niszczy autorytetów, forsując własne racje. Tylko w spokojnej dyskusji można dochodzić do dobrych rozwiązań, kiedy stara się poznać i zrozumieć argumenty drugiej strony, uszanować jej odmienność poglądów. Wystarczy odrobina tolerancji i chęć uznania dokonania oponenta, by znaleźć kompromis korzystny dla wszystkich. Tego nam potrzeba zarówno w samorządzie, jak i w dyspucie politycznej. To będzie dobra retoryka.

Mamy przecież z czego się cieszyć. Udało się wspólnymi siłami osiągnąć sukces na arenie światowej – już niebawem w Poznaniu odbędzie się Kongres FDI, wydarzenie ważne, prestiżowe i chyba unikatowe dla polskiej medycyny i stomatologii.

To dzięki wytrwałej i ciężkiej pracy we wspólnym samorządzie lekarskim dostrzeżono polskich lekarzy dentystów i potencjał w nich tkwiący. Nasi reprezentanci są postrzegani na arenie międzynarodowej jako silna grupa zawodowa reprezentująca polski świat lekarski – zarówno samorządowy, jak medyczny. Wydarzyła się jeszcze jedna ważna i wyjątkowa rzecz, z której wszyscy możemy być dumni: po raz pierwszy w historii Światowej Federacji Dentystycznej na prezydenta Europejskiej Organizacji Regionalnej została wybrana kobieta, lekarz dentysta z Polski. Tworzymy historię światowej dentystyki. Mamy możliwość kreować oblicze światowej stomatologii. Myślę, że nie tylko dzięki wybitnym specjalistom i osobowościom, które są wśród nas, ale tak-

że dzięki wieloletniej, dobrej współpracy na samorządowym polu, umacniającej wizerunek polskiego lekarza także za granicą.

Swoją przyjazd na Światowy Kongres Stomatologiczny w Poznaniu zapowiedziało wiele autorytetów ze wszystkich dziedzin stomatologii. Mamy możliwość uczestniczyć w obradach, wykładach i dyskusjach światowej elity medycznej, bez potrzeby wyjeżdżania poza granice naszego kraju. To możliwość poznania najnowszych trendów obowiązujących we współczesnej stomatologii na świecie. Myślę, że dla wielu osób będzie to jedyna okazja, by wziąć udział w tak dużej światowej imprezie. Jest w zasięgu ręki.

Pamiętam czasy, kiedy wyjazdy na zagraniczne konferencje naukowe były wyłącznie dla nielicznych wybrańców, gdyż wiązały się z dużym wydatkiem finansowym i nie każdy mógł sobie na nie pozwolić. Również pracownicy naukowcy z różnych powodów mieli kłopoty, by intensywnie uczestniczyć w wydarzeniach międzynarodowych, zwłaszcza światła zachodniego. Teraz mamy jedną z największych i najważniejszych konferencji w naszym kraju. Zmieniła się sytuacja geopolityczna, ale Kongres FDI w Polsce to przede wszystkim zasługa i efekt ciężkiej pracy naszych koleżanek i kolegów z samorządu lekarskiego, a także dobra współpraca z nauczycielami akademickimi i przedstawicielami towarzystw naukowych.

Kontynuujmy te tradycje, bo warto, czego dowodzą osiągnięte sukcesy przez dotychczas prowadzoną politykę łączącą i wzmacniającą nasze środowisko. Zadbajmy też o włączenie się w działania samorządu młodych, gdyż teraz jest ich zbyt niewiele. A szkoda, bo to nasza przyszłość, nowa kreatywność i świeża energia. Czyżby nie było wśród samorządowców ludzi obdarzonych charyzmą, potrafiących zachęcić i zaszczepić młodym ideę działania na rzecz innych? Są, ale w rozgorzałej ostatnio dyskusji nad przyszłością naszej korporacji zawodowej, gdzieś gubią się te autorytety i wzorce, na które powinniśmy się powoływać.

Łatwiej jest niszczyć i negować zastany porządek, niż stworzyć coś swojego od podstaw lub ulepszyć to, co stworzyli poprzednicy. W życiu trzeba wybierać drogi dobre, a nie łatwiejsze, jeśli chce się osiągać postęp i rozwój. ■

Jacek
Bajak

Dyrektor Biura
Odszkodowań,
TU INTER Polska S.A.

Lekarz w podróży, czyli jak uniknąć niespodziewanych kosztów

Młoda pani doktor ginekolog pracuje na co dzień w sporym szpitalu w mieście wojewódzkim. Jest osobą zapracowaną i aktywną fizycznie. Jej marzeniem od zawsze były podróże, więc z chęcią przyjęła zaproszenie swojego kolegi chirurga na trekkingową wycieczkę do Nepalu.

Teoretycznie wyjazd bardzo bezpieczny – spacer tylko po wyznaczonych szlakach, na wysokości 3000 m n.p.m. po płaskim terenie, ze sporadycznymi podejściami, jak na przełęczy Thorung (5000 m n.p.m.). Wokół piękne widoki, pyszne jedzenie i zapachy nie do podrobienia.

W czasie powrotu do bazy, schodząc w niewielką kotlinkę, pani doktor odwróciła się na chwilę, żeby spojrzeć na panoramę gór. W tym momencie jej lewa noga ześlizgnęła się z kamienia już pokrytego rosą. Poczuła świdrujący ból w kostce i już wiedziała, że dalej nie pójdzie, bo skręciła staw skokowy. Być może torebka stawowa nie uległa uszkodzeniu, ale bez RTG ani rusz. Udało się zawiadomić służby ratownicze. Po chwili przyleciał helikopter, który zabrał panią doktor do szpitala. Sam uraz okazał się banalny i w zasadzie można było ograniczyć się do okładów. Taka sobie przygoda wakacyjna.

I tylko te koszty w kwocie 51 500 PLN dają do myślenia i szokują, bo przecież w zasadzie płaski teren, przyjemne okoliczności przyrody, spokojny marsz do bazy...

Dlaczego ubezpieczenie turystyczne

Wyjeżdżając za granicę, zwłaszcza na urlop, chcemy mieć pewność, że w przypadku problemów zdrowotnych jesteśmy dobrze zabezpieczeni. Niebezpieczeństwa, na które możemy być narażeni w podróży, mogą wystąpić np. w związku z amatorskim uprawianiem sportu, nagłą chorobą czy też nieszczęśliwym wypadkiem. Choć w krajach Unii Europejskiej możemy skorzystać z ubezpieczenia w ramach EKUZ (Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego), należy pamiętać, że nie gwarantuje ono refundacji wszystkich świadczeń. W większości krajów unijnych opłaty pośrednio związane z leczeniem, jak np. koszty przewozu karetką, wybranych leków czy wyżywienia pacjenta, wymagają dopłaty z własnej kieszeni. Jeżeli za granicą korzystamy z usług placówek niepublicznych, koszty leczenia ponosimy we własnym zakresie. Tak jest np.

na niektórych wyspach greckich, gdzie publiczna służba zdrowia praktycznie nie funkcjonuje.

Wysokość ubezpieczenia

Polisy turystyczne dołączane do ofert wczasów i wycieczek zazwyczaj gwarantują zwrot kosztów leczenia do około 20 000 EUR, ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków do 10 000 PLN, a tylko nieliczni touroperatorzy gwarantują ubezpieczenie z opcją poszukiwania i ratownictwa na sumę 5 000 EUR. W wielu przypadkach kwoty te mogą być niewystarczające, co potwierdza opisany wyżej przypadek.

Szeroki zakres, duże kwoty, ale...

Nawet, jeśli zdecydujemy się na indywidualne wykupienie szerszego zakresu ubezpieczenia, w niektórych sytuacjach może nas ono nie obejmować. Z reguły ochrona ubezpieczeniowa nie działa podczas wojny, aktów terroru czy też w sytuacjach, kiedy ubezpieczony jest pod wpływem alkoholu. Ubezpieczenia turystyczne często nie obejmują uprawiania sportów ekstremalnych czy też zaostrzenia chorób przewlekłych. Nie kupujemy więc ubezpieczenia w ostatniej chwili, bez analizy zakresu ochrony.

Dobrym rozwiązaniem dla wszystkich zabieganych i zapracowanych jest dostępne od niedawna ubezpieczenie podróżne INTER Tour 365, które można wykupić przy okazji zakupu polisy OC, na cały rok – bez limitu liczby wyjazdów oraz bez większych ograniczeń długości wyjazdu (maks. 45 dni ciągłego pobytu za granicą). Działa ono także podczas wyjazdów w celach zarobkowych i jest skierowane wyłącznie do osób wykonujących zawody medyczne. Warto spróbować, gdyż cena ubezpieczenia jest porównywalna z tradycyjnym ubezpieczeniem tygodniowego wyjazdu.



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

Trzeba dać się poznać

Z **Anną Lellą**, prezydentem Europejskiej Organizacji Regionalnej Światowej Federacji Dentystycznej, rozmawia **Marta Jakubiak**.



FOTO: Marta Jakubiak

Stała pani na czele Europejskiej Organizacji Regionalnej Światowej Federacji Dentystycznej (ERO FDI). Jaka była droga do objęcia najwyższego stanowiska w tej organizacji, czyli prezydentury?

Jak do wszystkiego w życiu – przez ciężką pracę. Moja przygoda z ERO zaczęła się w 2003 r., kiedy po raz pierwszy zostałam delegatem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Z czasem mój udział w pracach organizacji stawał się bardziej aktywny: najpierw zostałam członkiem grup roboczych, potem przewodniczącą grupy „Parity”, a następnie założycielem i szefową grupy „Relation between dental practitioners and universities”. Występując na forum i prezentując raporty z prac zespołów, miałam możliwość pokazać swoją działalność i dać się poznać innym.

W latach 2010-2013 powierzono mi funkcję sekretarza zarządu, a po trzech latach na sesji w Poczdamie zostałam wybrana na stanowisko prezydenta-elekta. W tym roku objęłam funkcję prezydenta ERO FDI.

Jakie to uczucie być pierwszą Polką i pierwszą kobietą na tym stanowisku?

Z osobistego punktu widzenia jest to dla mnie tym większy zaszczyt, a jednocześnie dodatkowe wyzwanie.

Patrząc zaś na to z szerszej perspektywy, myślę, że jest to również efekt rosnącej aktywności polskich stomatologów na arenie międzynarodowej, a także dostrzeżenie, że zawód lekarza dentysty wykonuje coraz więcej kobiet – ma to miejsce nie tylko w takich państwach jak Polska, gdzie przewaga kobiet w tym zawodzie nie jest niczym nowym, ale także w tych krajach, w których dotychczas był to zawód w przeważającej mierze „męski”.

Co należy do obowiązków prezydenta ERO FDI?

Prezydent ERO FDI jest oficjalnym przedstawicielem i reprezentantem organizacji. Wspólnie z zarządem przygotowuje sesje plenarne i im przewodniczy, określa kierunki dalszych prac, nadzoruje prace grup roboczych, utrzymuje kontakty z innym międzynarodowymi organizacjami lekarsko-dentystycznymi.

Jaki jest najważniejszy cel prezydenta?

Na pewno nie zamierzam dokonywać rewolucji w dotychczas wyznaczonych zadaniach organizacji, które zostały opisane w konstytucji ERO jako cele do realizacji. Przede wszystkim będę kontynuować prace moich poprzedników, dążąc do tego, aby nasza organizacja, stanowiąca dla przedstawicieli organizacji członkowskich swego rodzaju platformę do wymiany doświadczeń, była jak najbardziej merytoryczna i atrakcyjna oraz by w najlepszy możliwy sposób reprezentowała nasz zawód na arenie europejskiej i światowej.

A cele własne?

Cel najbliższy moim poglądom i mojemu sercu to na pewno promocja wysokich standardów w stomatologii i promocja samej stomatologii jako immanentnej części medycyny. Ważna będzie dla mnie również walka z krążącymi wciąż jeszcze stereotypami postrzegania dentystryki jako rzemiosła, a nie profesji lekarsko-medycznej.

Takie działania inicjowałam już wcześniej i na pewno na ich kontynuowanie wciąż będę poświęcać swój czas i uwagę. Pragnę także pracować nad tym, co rozpoczęłam jako przewodnicząca jednej z grup roboczych, czyli popularyzować stomatologię opartą na dowodach – „evidence based dentistry”. To bardzo ważna koncepcja we współczesnej światowej medycynie. Co prawda ERO nie jest organizacją o charakterze stricte naukowym, więc nie zamierza formułować zaleceń klinicznych, ale na pewno powinna popularyzować nowoczesną stomatologię opartą na dowodach.

Po co tworzone są międzynarodowe organizacje zawodowe, takie jak właśnie FDI czy ERO?

Przede wszystkim po to, aby stworzyć platformę międzynarodową do wymiany doświadczeń i szukania kompromisów oraz by reprezentować zawód na arenie międzynarodowej, co ma coraz większe znaczenie w świetle postępującej globalizacji i zacierania się różnic pomiędzy poszczególnymi krajami oraz regionami.

ERO skupia przedstawicieli 38 państw, także spoza Unii Europejskiej. To doskonałe miejsce do budowania pomostów oraz rekomendowania rozwiązań, które można wdrożyć w poszczególnych krajach. Z opracowywanych wspólnie stanowisk i z przyjmowanych rezolucji na forum FDI mogą skorzystać kraje członkowskie,

wykorzystując je np. jako merytoryczne argumenty w rozmowach z decydentami, resortem zdrowia i rządem, jak chociażby rekomendacje określające zasady akredytacji szkoleń, budowania relacji pomiędzy lekarzem dentystą a zespołem stomatologicznym, wyznaczania profilu zawodu higienistki, zasad współpracy z technikami dentystycznymi.

Jak w innych krajach wygląda współpraca lekarzy dentystów z lekarzami na polu samorządu zawodowego?

Jest bardzo różnie. Nie we wszystkich krajach powstały samorządy zawodowe lekarzy, takie jak izby lekarskie w Polsce. Zrzeszają ich niekiedy stowarzyszenia i federacje, i to nie zawsze wszystkich. Są też odrębne organizacje współpracujące z płatnikiem albo jakąś instytucją o charakterze naukowym.

Nie ma jednej powszechnie obowiązującej reguły, nawet w ramach prawa unijnego, która określałaby, jak mają wyglądać i funkcjonować organizacje reprezentujące osoby wykonujące zawody medyczne. Każdy kraj, w zależności od własnych potrzeb czy tradycji, decyduje sam o charakterze organizacji zrzeszających lekarzy i lekarzy dentystów. W większości państw są to organizacje odrębne. Czasem funkcjonują dwie lub trzy, bez tej wiodącej. Oczywiście są kraje, w których istnieją, tak jak w Polsce, wspólne samorządy stomatologów i lekarzy, m.in. we Włoszech czy Słowenii. Rozwiązania nie są naprawdę jednorodne. Choć muszę przyznać, że w dyskusjach kuliuarowych niejednokrotnie zadano mi pytanie, jak nam się udało sprawić, że jesteśmy razem z lekarzami w jednym samorządzie. I było to pytanie chyba tak trochę podszyte zazdrością.

Już we wrześniu w Poznaniu odbędzie się Kongres FDI. Co może zyskać dzięki niemu polska stomatologia?

Niewątpliwie ma szansę pokazać się na świecie i zaprezentować swoje osiągnięcia. Jeśli chodzi o zgłoszone referaty, wykłady i sesje plakatowe, nasze uczelnie będą miały okazję szerzej pochwalić się swoim dorobkiem naukowym i dydaktycznym.

Warto dać się poznać z jak najlepszej strony, pokazać polską gościnność i potraktować to wydarzenie także jako możliwość promocji naszego kraju. Do Poznania przyjadą przecież goście z ponad 150 krajów świata. Wiele spośród tych osób będzie po raz pierwszy nie tylko w Polsce, ale też w Europie. Przez pryzmat tego spotkania będą postrzegać nasz kraj i kontynent.

Nie podchodziłabym przy tym do kongresu tylko w kontekście czerpania korzyści. To dla nas wyróżnienie, ale również i zobowiązanie. To szeroko pojęta promocja naszego kraju, zobowiązanie do jak najlepszego przyjęcia przybywających tu gości – tak, aby po pobycie u nas zabrali ze sobą jak najlepsze wrażenia.

Jaką wartość niesie ze sobą kongres?

Dzięki temu, że kongres jest tak różnorodny i obejmuje wszystkie dziedziny stomatologii, udział w nim daje możliwość zweryfikowania w jednym miejscu i czasie własnego poziomu wiedzy i umiejętności z tymi na

świecie. Można nauczyć się czegoś nowego, innowacyjnego albo upewnić, że jest się na bieżąco ze światową stomatologią.

Kongresowi będzie towarzyszyła także wystawa materiałów i sprzętu stomatologicznego z ofertą dużo szerszą niż na zazwyczaj organizowanych targach. Będą tam wystawcy z całego świata.

Myślę, że obecność Kongresu FDI w Polsce to wydarzenie unikatowe, a dla wielu osób jedyna szansa, by spotkać ikony światowej dentystyki, wziąć udział w ich wykładach i toczonych na forum dyskusji. Nie sądzę, żebyśmy mieli za naszego życia Światowy Kongres Stomatologiczny w Polsce raz jeszcze.

Jak zaplanowano program w tym roku?

Program jest bardzo ciekawy, a zaproszeni wykładowcy i prelegenci z najwyższej światowej ligi. Będą wspólne sesje ogólnomedyczne, na przykład stomatologiczne i diabetologiczne. Poza wykładami i krótkimi referatami, podczas kongresu będą odbywać się kursy i zajęcia praktyczne. Odbędzie się cykl spotkań z ekspertami, w czasie których można będzie w kameralnych warunkach porozmawiać z wiodącymi przedstawicielami swojej dziedziny stomatologii, skonsultować przypadki z własnej praktyki, co do których ma się wątpliwości.

Jakiej frekwencji można się spodziewać?

Organizatorzy liczą, że na Kongres do Poznania przyjedzie około 10-12 tys. osób. Jak będzie w rzeczywistości, przyszłość pokaże. Życzę nam wszystkim, by frekwencja była jak najwyższa.

W tym miejscu warto wspomnieć o nowości organizacyjnej, którą wprowadzono w tym roku. Będzie możliwość wykupienia wejściówki tylko na jeden dzień, a nie jak było wcześniej – na uczestnictwo w całym wydarzeniu. Jeśli więc ktoś nie chce albo nie może spędzić aż czterech dni w Poznaniu, ale chciałby wziąć udział w określonych, wybranych wykładach, będzie miał taką możliwość. Dodatkowo, wstęp na wystawę sprzętu i materiałów nie jest obciążony żadnymi kosztami, wystarczy się zarejestrować.

Tak więc, jeśli ktoś zdecyduje się w ostatniej chwili, by przyjechać do Poznania i do nas dołączyć, będzie miał taką możliwość. Wejściówkę można uzyskać na miejscu.

Co dla pani oznacza zorganizowanie tak ważnej imprezy właśnie w Polsce?

To jest na pewno wyróżnienie i duży komplement, sprawa prestiżowa dla polskiej stomatologii. Zarząd Światowej Federacji Dentystycznej przyznał nam organizację Kongresu jednogłośnie. Zawsze toczona jest w tej kwestii dyskusja, rozpatrywane są różne zgłoszenia, odbywają się wizytacje w państwach pretendujących do bycia organizatorem. W przypadku naszej kandydatury było na tyle dobrze, że głosowanie przebiegło jednomyślnie.

FDI jest wielką organizacją, która skupia stomatologów z całego świata, a Polska nie jest aż tak dużym krajem, więc szansa na to, że będziemy mieli możliwość zorganizowania Kongresu po raz drugi za naszego życia, jest raczej znikoma. ■



**Małgorzata
Serwach**

Doktor prawa,
Uniwersytet Łódzki,
Uniwersytet
Medyczny w Łodzi

Środki ochrony dóbr osobistych lekarza

W czasie wykonywania czynności zawodowych lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny lub inna osoba z personelu medycznego może doznać naruszenia dóbr osobistych. W praktyce najczęściej mamy do czynienia z agresją słowną polegającą na wyzwiskach, obelgach czy pomówieniach.

Naruszenie dobrego imienia lekarza może też polegać na przedstawianiu go w negatywnym świetle w odniesieniu do pacjentów czy współpracowników zarówno w pracy, jak i w publikacjach prasowych lub telewizyjnych. Medyk może być ponadto podmiotem przemocy fizycznej prowadzącej do naruszenia nietykalności cielesnej w postaci poszturchiwań, popchnięcia, uderzenia w twarz, a nawet dalej idących rękoczynów. W konsekwencji, możliwe przypadki niechęci wobec lekarza można zakwalifikować do agresji psychicznej lub agresji fizycznej. Każda z nich może oznaczać dla pacjenta odpowiedzialność prawną. Dobra osobiste osoby wykonującej zawód medyczny, podobnie jak dobra osobiste każdego człowieka, podlegają bowiem ochronie.

Ochronę najważniejszych dóbr osobistych oraz innych wartości istotnych dla każdego człowieka wprowadza już – wielokrotnie powoływana w ostatnim czasie – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, która w art. 41 zapewnia nietykalność osobistą oraz wolność osobistą wszystkim swoim obywatelom. Godność stanowi przy tym źródło wolności i praw człowieka wskazanych w art. 30 Konstytucji RP. Dobra osobiste, ujmowane według prawa cywilnego, to pewne wartości związane ściśle z jednostką ludzką, indywidualne wartości świata uczuć, stanu psychicznego człowieka. Tak definiowane podmiotowe prawa osobiste należą do typu praw bezwzględnych, skutecznych wobec wszystkich (erga omnes). Żadna osoba nie może zatem ani naruszać, ani nawet zagrażać dobrom osobistym innego podmiotu. Ponadto są one niezbywalne i niedziedziczne, a wzajemne naruszenie dóbr osobistych nie niweluje negatywnych skutków naruszenia oraz samej ochrony. Innymi słowy, okoliczność, że osoba, która żąda ochrony dóbr osobistych, sama wcześniej naruszyła dobra strony przeciwnej (w czasie wymiany zdań czy tzw. pyskówki), nie wyłącza odrębnej odpowiedzialności każdego z podmiotów.

W razie stwierdzenia naruszenia oznaczonego dobra osobistego lekarzowi przysługują środki ochrony niemajątkowej oraz środki ochrony majątkowej. Do pierwszej kategorii należą: roszczenie o zaniechanie, roszczenie o usunięcie skutków naruszenia oraz powództwo o ustalenie (art. 189 k.p.c.). Środkami ochrony majątkowej są: roszczenie o zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową, nazywaną potocznie

krzywdą, oraz odszkodowanie za szkodę majątkową. Roszczenie o zaniechanie przysługuje lekarzowi, gdy doszło już do naruszenia dobra osobistego, ale też istnieje zagrożenie dalszych naruszeń w przyszłości. W konsekwencji roszczenie o zaniechanie naruszenia czci czy godności lekarza będzie aktualne tylko wtedy, gdy istnieje uzasadniona obawa dalszego naruszenia tych dóbr¹.

Niemajątkowe środki ochrony dóbr osobistych

Podstawowe znaczenie dla niemajątkowej ochrony dóbr osobistych osoby udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej ma jednak roszczenie o usunięcie skutków naruszenia. Zgodnie z art. 24 § 1 k.c. w razie dokonanego naruszenia ten, czyje dobro zostało naruszone, może żądać, aby osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności, ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Katalog środków służących usunięciu skutków naruszenia określonego dobra osobistego jest jednak otwarty. Jak zauważył Sąd Najwyższy w uchwale z 30 grudnia 1971 r., chodzi o dokonanie takich czynności, które według powszechnie przyjętych poglądów lub pojęć danego środowiska stanowią ekwiwalent wyrządzonej krzywdy w tym znaczeniu, że niejako niwelują jej skutki². Przy wyborze środka usunięcia skutków naruszenia dobra osobistego należy też brać pod uwagę całokształt okoliczności, takich jak zachowanie się osoby, której dobro zostało naruszone, w szczególności stwierdzenie, czy zajęcie nie zostało przez nią sprowokowane³. W przypadku naruszenia czci czy dobrego imienia najczęściej występującym środkiem służącym usunięciu skutków naruszenia jest złożenie odpowiedniego oświadczenia. Może ono polegać na przeprosinach, prostowaniu, odwołaniu czy wyjaśnieniu pewnych faktów. Koszty oświadczenia ponosi sprawca, czyli pacjent lub inny podmiot, który dokonał naruszenia. Jeżeli do naruszenia dóbr osobistych doszło w ograniczonym gronie osób w obecności pozostałego personelu medycznego, wystarczą przeprosiny ustne złożone bezpośrednio lekarzowi lub pisemnie w miejscu bezprawnego zachowania pacjenta, zwłaszcza jeśli jest nim miejsce pracy, np. na tablicy ogłoszeń, w postaci pisemnej informacji lub listu otwartego. W przypadku

naruszenia czci lub dobrego imienia w postaci publikacji prasowej można żądać nie tylko przeprosin, ale też sprostowania opublikowanego w gazecie, w której ukazał się nieprawdziwy tekst, a nawet złożenia oświadczenia w inny sposób, tak aby mogło ono dotrzeć do nieograniczonej grupy potencjalnych odbiorców (prasa, radio, telewizja). Nie wszystkie skutki naruszenia dóbr osobistych można jednak usunąć. Z takim przypadkiem mamy do czynienia w razie naruszenia nietykalności cielesnej lekarza, gdy przeprosiny mogą nie wystarczyć, aby naprawić negatywne skutki zachowania pacjenta. Dlatego zasadniczym sposobem ochrony dóbr osobistych są środki ochrony majątkowej.

Majątkowe środki ochrony dóbr osobistych

Zgodnie z art. 24 k.c. zdanie trzecie, w razie dokonania naruszenia dóbr osobistych uprawniony może żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej. Przepis ten odwołuje się do zadośćuczynienia z art. 448 k.c., który przewiduje możliwość żądania zadośćuczynienia dla siebie lub na wskazany cel społeczny. Ustawodawca nie wprowadza żadnych ograniczeń co do wskazanego przez uprawnionego celu, precyzuje jedynie, że chodzi o cel społeczny. Żądanie przekazania określonej kwoty na wskazany cel zgłaszane jest zazwyczaj wtedy, gdy lekarz, chcąc uniknąć zarzutu merkantylizmu, pragnie jednocześnie, aby ten, kto naruszył jego dobra

osobiste, odczuł majątkowe konsekwencje swojego zachowania. Uznaje zatem, że konieczność zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej będzie stanowiła dla pacjenta czy jego rodziny istotną materialną dolegliwość, często ważniejszą niż same przeprosiny. Tego rodzaju rozwiązanie rodzi także skutki wobec osób trzecich, powstrzymując potencjalnych sprawców od podobnego naruszenia dóbr osobistych w podobnych przypadkach. Dlatego informacja o zasądzeniu odpowiedniej kwoty na wskazany cel społeczny może być dodatkowo ujawniona w placówce medycznej, jeśli wyrok w sprawie przeciwko konkretnemu pacjentowi będzie nakładał taki obowiązek. Wówczas zwiększony zostanie prewencyjny charakter przyznanych środków ochrony dóbr osobistych.

Jeśli lekarz żąda zapłaty zadośćuczynienia na swoją rzecz, powinien wykazać rozmiar wyrządzonej mu krzywdy. Nie ma jednak w tym zakresie żadnych parametrów ani wytycznych, wiele zależy od okoliczności konkretnej sprawy. Decydujące znaczenie może mieć fakt, że pacjent był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji odurzających, istotne może być też to, na czym polegało samo naruszenie (jakich słów używał) i czy czynił gesty lub używał sformułowań uznawanych za szczególnie obraźliwe.

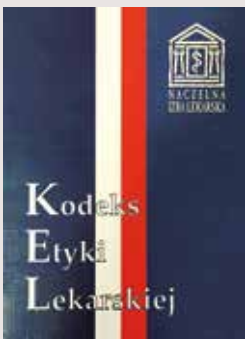
Niezależnie od omówionych uprawnień, w razie naruszenia niektórych dóbr osobistych, takich jak zdrowie, lekarz mógłby ponadto żądać odszkodowania służącego naprawieniu szkody majątkowej (art. 415 k.c.). ■

¹ Teza wyroku z 26 lutego 1965 r., II CR, 13/65, OSN 1965, nr 10, poz. 174.

² III CZP 87/71, OSN 1972, nr 6, poz. 104.

³ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 17 lipca 2002 r., I ACa 544/02, TPP 2003 nr 3, s. 101.

Tajemnica lekarska



„Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej” (Art. 23. KEL).

Po ukazaniu się wywiadu udzielonego przez jednego z lekarzy do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wpłynęło wiele pism skierowanych przez środowiska medyczne i prawnicze. Po zbadaniu sprawy, działając na mocy art. 74 ust. 6 ustawy o izbach, OROZ skierował do Okręgowego Sądu Lekarskiego wniosek o ukaranie obwinionego lekarza.

Według rzecznika, obwiniony lekarz ujawnił szczegóły choroby i przebiegu leczenia zmarłej pacjentki, czym naruszył obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentką, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu lekarza, który trwa również po śmierci pacjenta. Choć rodzina pacjentki nie zgłaszała w tym zakresie roszczeń, zdaniem powołanego w tej sprawie biegłego, lekarz naruszył prawo do tajemnicy lekarskiej, a nie został z tego obowiązku zwolniony za życia pacjentki. Jego wypowiedź

naruszyła znacznie więcej niż samo prawo do zachowania tajemnicy, bo także godność zmarłej, rzutując niekorzystnie na środowisko lekarskie.

Okręgowy Sąd Lekarski po rozpoznaniu sprawy, na podstawie zgromadzonego w toku postępowania materiału dowodowego, uznał, że obwiniony lekarz naruszył art. 23 KEL oraz art. 40 ust. 1 i 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Obwinionemu wymierzył karę upomnienia. Jako okoliczność łagodzącą uznał dotychczasową niekaralność i nienaganną opinię obwinionego, empatię i zaangażowanie w leczenie chorej.

Obwiniony lekarz nie przyznał się do zarzucanego mu przewinienia zawodowego, a jego obrońca wniósł odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego, zaskarżając orzeczenie OSL w całości. Sprawa trafiła do Naczelnego Sądu Lekarskiego, który po rozpatrzeniu jej utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie OSL pierwszej instancji.

Komentarz

Zawód lekarza to zawód zaufania publicznego. Czym jest zaufanie do lekarza? Zapewne to przekonanie, że osoba wykonująca ten zawód posiada wielką wiedzę, że zechce z tej wiedzy skorzystać, podejmując się rozwiązania problemu zgłaszanego przez chorego, że pozostawi tylko w swojej pamięci informacje, które choremu mogą przynieść ujmę czy krzywdę. Zaufanie więc to określenie szerokie, ale obarczone nimbem tajemniczości. Wiedza medyczna nie jest dzisiaj wiedzą tajemną, krzywda czy szkoda może być natomiast przez chorego różnie spostrzegana. Lekarz nie zawsze potrafi odgadnąć, jakie elementy wywiadu czy badania taką krzywdę mogą powodować. Nie należy zapominać, że w naszej kulturze utrwaliło się i nadal trwa przekonanie, że o zmarłych nie należy mówić źle. Tych kilka spostrzeżeń w mojej ocenie, oczywiście w niepełny sposób, uzasadnia potrzebę zachowania tajemnicy lekarskiej. Zachowania w pełny, a nie w wybiórczy sposób. Rzecz jasna, medycyna będąca dzisiaj nauką zespołową nie pozwala lekarzowi na pozostawienie tylko we własnej pamięci wszystkiego. Nie jest możliwa też skuteczna anonimizacja. Mam przekonanie,

że zachowywanie przez lekarzy zasad poufności zwane tajemnicą lekarską jest nie tylko wartością umieszczoną w hierarchii bardzo wysoko, ale że zasada ta jest, wbrew obiegowym opiniom, generalnie przestrzegana. Sądzę tak po pierwsze dlatego, że do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przez ostatnie dwa lata dotarły tylko dwie krytyczne wiadomości o naruszeniu tej tajemnicy, w tym wiadomość o opisywanym wyżej przypadku, po drugie dlatego, że regularnie spotykałem i spotykam się, pełniąc zawód lekarza, z próbami nacisku z różnych stron, aby posiadaną i zdobywaną w trakcie czynności diagnostycznych lub leczniczych wiedzę związaną z chorym przekazać zainteresowanym osobom. Nie mam też żadnych wątpliwości, bo jesteśmy przecież ciekawskimi lub ciekawymi wiedzy ludźmi, że dopóki wiedza objęta tajemnicą lekarską podlegająca upublicznieniu nie dotyczy nas lub naszych bliskich, nie będziemy się nadmiernie temu sprzeciwiać. Sytuacja zupełnie się odmieni, jeśli, i to w krzywdzący sposób, dotyczyć będzie nas. Zróbmy zatem wszystko, aby wielka wartość tajemnicy lekarskiej nie była nadwyreżana. Nawet po śmierci chorego, a może przede wszystkim po jego śmierci. ■



**Grzegorz
Wrona**

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Niedoceniani i niedofinansowani

Z **prof. Jarosławem Drobnikiem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Kiedy 25 lat temu w polskim systemie leczenia pojawili się lekarze rodzinni, wiązano z tym wielkie nadzieje. Mieli oni sprawować kompleksową opiekę nad pacjentem, ograniczyć potrzebę korzystania z usług specjalistów. Co poszło nie tak?

Polski system opieki zdrowotnej nigdy nie był przygotowany do idei wprowadzenia lekarza rodzinnego, który holistycznie podchodzi do pacjenta, jego problemy zdrowotne traktuje kompleksowo, tworzy fundament opieki nad pacjentem i jako specjalista medycyny rodzinnej jest partnerem w dyskusji dla innych specjalistów. Stał się więc lekarzem skupionym na leczeniu infekcji, wypisywaniu recept i skierowań na badania lub do specjalisty. Dobrze wykształcona i przygotowana kadra lekarzy rodzinnych do pracy w POZ nie spełnia roli, jaka im została przypisana, ponieważ nie stworzono do tego warunków i nie dano narzędzi, które pozwoliłyby w sposób odpowiedzialny realizować założenia medycyny rodzinnej. Powiem więcej, system wcale tego nie oczekiwał. Tak więc obecnie realizowane zadania przez lekarzy rodzinnych są częściowo odmienne od pierwotnych założeń, podobnie jak struktura organizacyjna. W podstawowej opiece zdrowotnej miały dominować praktyki lekarzy rodzinnych, a dominują niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, głównie oparte o lekarza internistę i pediatrę. Nazywamy się lekarzami rodzinnymi, a tak naprawdę

jesteśmy, jak cały POZ, lekarzami pierwszego kontaktu. Mówimy o specjalistce ambulatoryjnej, o specjalście kardiologu, endokrynologu, a kto mówi o lekarzu rodzinnym jako o specjalście? Nikt.

Czy to znaczy, że od początku lekarza rodzinnego wtłoczono w niewłaściwy schemat?

Tak, i później stan prawny to potwierdził. Lekarz rodzinny przecież nie mógł rozpoznać cukrzycy bez potwierdzenia choroby przez diabetologa, nie dano mu też uprawnień do pełnej diagnostyki, takiej jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny. Tego rodzaju skierowania mogą wystawiać inni specjaliści, a więc pacjent zawsze musi przejść przez ich gabinet. A specjalista dla lekarza rodzinnego to powinien być konsultant. Wielokrotnie sygnalizowałem, że nie można tworzyć specjalizacji, która nie ma żadnego sensownego wyznacznika w systemie, jednak głos ten pozostawał bez echa. Kim jest w takim razie lekarz rodzinny? Włożono ogromny wysiłek, aby go wykształcić, on sam musiał zdać bardzo trudny egzamin, aby uzyskać tytuł specjalisty medycyny rodzinnej, a później system sprowadza go do roli wypisującego recepty. Kompetencje lekarza rodzinnego są bardzo duże, ale system ich nie wykorzystuje. Medycyna rodzinna ma zaledwie 20 proc. udziału w rynku POZ i to najlepiej świadczy o tym, jakie w nim zajmuje miejsce. Dzieje się tak, ponieważ zarówno internista, jak i pediatra są jego równoprawnymi uczestnikami, a lekarz rodzinny, mimo że jest specjalistą w swojej dziedzinie, nie może pracować np. w oddziale internistycznym czy pediatrycznym, nie może dyżurować w pogotowiu. A więc mechanizm ten nie działa w drugą stronę.

Mamy 11 tys. lekarzy rodzinnych. To zgodnie ze standardami europejskimi o połowę za mało. Średnia ich wieku to 55 lat. Co sprawia, że lekarze nie chcą wybierać tej specjalizacji?

Jesteśmy kształceni w kulcie medycyny wysokospecjalistycznej, wprowadzającej nowatorskie metody leczenia, dokonującej spektakularnych zabiegów i młody człowiek, kiedy znajduje się na starcie kariery zawodowej, jest tym zauroczony. Tymczasem medycyna rodzinna to codzienna ciężka praca nad pacjentem i jego rodziną. Proszę zauważyć, że tytuł specjalisty medycyny rodzinnej, poza wyjątkami, nie upoważnia lekarza rodzinnego do otwierania specjalizacji szczegółowych. Mimo że chce poszerzać wiedzę i umiejętności, napotyka na formalne przeszkody. To jest

absurdalne, że lekarz, który w dużej mierze na co dzień pracuje z pacjentem w podeszłym wieku, jest do tego najlepiej przygotowany, nie może poszerzać swoich umiejętności w geriatric w trybie skróconym, jak np. specjaliści chorób wewnętrznych. Daliśmy sobie wmówić, że medycyna rodzinna nie radzi sobie z dziećmi, tymczasem 40 proc. lekarzy rodzinnych z pierwszego wykształcenia jest pediatrami. Młodzi lekarze nie chcą wybierać medycyny rodzinnej także dlatego, że system finansowania tej dziedziny jest demotywacyjny. Liczy się liczba zadeklarowanych pacjentów, a nie rzeczywista praca włożona w opiekę nad nimi. Leczymy dzieci i osoby w podeszłym wieku na koszt tych, którzy są zadeklarowani, ale rzadko korzystają z naszych usług. Pod opieką jednego lekarza rodzinnego jest 2,5-3 tys. pacjentów, co oznacza, że dziennie przyjmuje on ponad 30 osób. A więc brak szerokich perspektyw rozwoju i szacunku dla medycyny rodzinnej jest hamulcem w wyborze tej trudnej specjalizacji zahaczającej o dermatologię, neurologię, laryngologię, okulistykę i to na takim poziomie, aby relacja z pacjentem była bezpieczna. Na początku był entuzjazm, wielu lekarzy chętnie wybierało po studiach medycynę rodzinną, ale dawno opadł i dziś już nie ma chętnych na ten kierunek.

Minister zdrowia, Konstanty Radziwiłł, pragnie stworzyć tzw. opiekę skoordynowaną, w której lekarz rodzinny stanie się przewodnikiem po systemie ochrony zdrowia i będzie koordynował dostęp do świadczeń specjalistycznych. Jak pan postrzega ten zamysł?

Chciałbym, aby tak się stało i żeby było wyraźnie określone, że to lekarz rodzinny, a nie lekarz POZ, co jest szerszym pojęciem, zostanie przewodnikiem po systemie. Pomysł jest interesujący, ale jako specjalista z dziedziny zdrowia publicznego uważam, że nasz system nie jest na to przygotowany i jeśli to nie będzie ewolucyjna zmiana, do której POZ musi się solidnie przygotować, ma niewielkie szanse powodzenia. Kiedyś była już próba wprowadzenia zasady, że to lekarz rodzinny zawiera umowy ze specjalistami, i spelzła na niczym.

Jeśli rzeczywiście POZ stanie się przewodnikiem po systemie, musi stworzyć nadbudowę, która to będzie koordynowała. Jak zwykle diabeł tkwi w szczegółach, a my ich nie znamy. Trzeba jednak czasu, aby dojść do pełnej skoordynowanej opieki. Z istoty i definicji lekarz rodzinny będzie najlepiej przygotowany do tych zmian, ale już dziś wiemy, że nie przy tak niskiej liczbie lekarzy tej specjalności, jaka jest aktualnie. Trzeba więc będzie uruchomić innych lekarzy i już rodzi się pytanie – czy ta prowizorka stanie się regułą czy startem do tego, aby ci inni uzupełnili wykształcenie i stali się lekarzami rodzinnymi. Za tym muszą też pójść pieniądze. To jest dyskusja systemowa. Przeszkodą jest także to, że mamy na rynku mnóstwo różnych podmiotów leczniczych stworzonych dla zysku, a nie dla dobra pacjenta. Ogarnięcie tego nie będzie łatwe. Uważam, że powinno się także wcześniej przetestować projekt, aby nie stał się jeszcze jednym pomysłem, jak za te same pieniądze dorzucić lekarzom dodatkowej pracy.

Jednak instytucja lekarza rodzinnego z powodzeniem funkcjonuje w wielu krajach: w Anglii, Holandii, Norwegii. Dlaczego u nas tak trudno się adaptuje?

Tamtejsze systemy były budowane przez wiele, wiele lat. Od początku był określony horyzont czasowy stopniowej realizacji projektu. Poza tym, budując ten system, włożono w niego ogromne pieniądze. Obecnie średnia europejska, jeśli chodzi o wartość nabywczą składki zdrowotnej, wynosi około 3 tys. dolarów od osoby, a w Polsce wartość ta nie przekracza 2 tys. dolarów. Czyli jesteśmy znacznie ubożsi. Czy u nas, w Polsce, badanie tomograficzne, pobranie krwi, analiza moczu kosztują inaczej? Nie. A więc za te pieniądze można tylko zabezpieczać podstawowe potrzeby zdrowotne pacjenta. Wciąż nie mamy rozstrzygniętych kluczowych spraw, takich jak katalog świadczeń, które przysługują pacjentowi na tym poziomie leczenia. Od czasu, kiedy powstała w Polsce medycyna rodzinna, niewiele się zmieniło, ten system nie ewoluje, nie stwarza możliwości rozwoju. Wciąż pokutuje mit lekarza specjalisty i jak się cokolwiek dzieje, pacjent oczekuje skierowania, zapominając, że lekarz pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej to także specjalista i nie zawsze to skierowanie jest potrzebne.

Coraz częściej słyszy się o tym, że interniści i pediatrzy odchodzą z oddziałów szpitalnych do POZ. Kiedyś każdy lekarz zabiegał o etat w szpitalu.

Mamy ogromny deficyt lekarzy w POZ i nie chodzi tylko o medycynę rodzinną. Dla internistów i pediatrów POZ może być atrakcyjniejszy niż szpital, gdzie nie zarabia się zbyt dobrze, a wysiłek i odpowiedzialność za pacjenta są ogromne. Internista i pediatra, w przeciwieństwie do lekarza rodzinnego, może dyżurować w szpitalu, więc nie żegna się z oddziałem, gdzie ma szansę dorobić na dyżurach. Odejście do POZ nie jest więc pozbawione sensu. Te roszady wymuszają rynek, w szpitalach płace nie rosną i zaczyna się walka o lekarza. To dobrze wróży, ale też wskazuje, jak niedoceniana i niedofinansowana jest medycyna rodzinna. Sposób finansowania musi być zmieniony, element pozyskiwania dodatkowych kompetencji powinien być przez system nagradzany. A jeżeli w POZ chcemy mieć medycynę jakości, nie może na jednego lekarza przypadać 2,5-3 tys. pacjentów.

Jaki wpływ na podnoszenie kwalifikacji w tej specjalności ma Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej?

PTMR jest w stałym kontakcie z organizacjami medycznymi o podobnym charakterze w Europie i na świecie, przez co jesteśmy na bieżąco we wszystkim, co się dzieje w medycynie rodzinnej. Lekarze rodziinni wyjeżdżają na zagraniczne staże, uczestniczą w szkoleniach, zjazdach, kongresach, kursach. Obecnie realizujemy kurs USG, który daje możliwość doksztalcenia się w tej dziedzinie. Myślmy już o kursie z gastrokopii, kolonoskopii. Nie ma dnia, żeby polski lekarz rodzinny nie dostał oferty pracy za granicą i to jest potwierdzeniem ich wysokich kwalifikacji. ■



Złoty sposób na raka

Naukowcy z Międzyresortowego Instytutu Techniki Radiacyjnej Politechniki Łódzkiej pracują nad otrzymywaniem m.in. nanocząstek złota, które w przyszłości mają być stosowane w diagnostyce i terapii nowotworowej. Zdaniem zastępcy dyrektora Instytutu ds. naukowych dr. hab. Piotra Ulańskiego, nanocząstki złota zrobią prawdopodobnie wielką karierę, dlatego że podejmuje się próby ich zastosowania w medycynie, zarówno jako nośników do kontrolowanego dostarczania leków, jak i nośników izotopów promieniotwórczych w radioterapii. – Takie nanocząstki złota mogą być świetnymi nośnikami leków, mogą z nimi docierać w określone miejsce w organizmie. Mogą być również stosowane w radioterapii, czyli możemy taką nanocząstkę złota zaopatrzyć w izotopy promieniotwórcze i w takie właściwości, które spowodują, że trafi ona do tkanki nowotworowej – wyjaśnia naukowiec. Jak przyznaje dr hab. Ulański, obecnie łódzcy naukowcy są na etapie łączenia nanocząstek złota z cząsteczkami oligopeptydów, czyli krótkich fragmentów białek, które wybiórczo wiążą się z komórkami rakowymi. – W ten sposób te nanocząstki złota będą się niejako zakotwiczać w tkance nowotworowej. Trzeba jeszcze dołączyć do nich takie grupy chemiczne, które będą w stanie wiązać jony izotopów promieniotwórczych. Myślimy, że jeszcze ok. 1,5 roku zajmie nam wytworzenie końcowego produktu – zapowiada Ulański. Łódzcy specjaliści zajmują się również badaniami, które mają doprowadzić do zrozumienia tzw. efektu sonodynamicznego, który jest podstawą nowej postulowanej terapii antynowotworowej – terapii sonodynamicznej.

Kropla krwi sprawdzi przebieg gwałtownej choroby

We wstrząsie septycznym ważna jest każda minuta. Im szybciej lekarze będą wiedzieli, czy zastosowali właściwe leczenie, tym większa szansa na przeżycie pacjenta. Błyskawicznie działające czujniki do wykrywania stanów zapalnych w organizmie człowieka opracowuje dr inż. Katarzyna Arkusz z Zakładu Inżynierii Biomedycznej Uniwersytetu Zielonogórskiego. – Problemem w chorobach nowotworowych i innych jest wczesna diagnostyka i monitorowanie stanu zdrowia w procesie leczenia. Obecnie stosowane metody oznaczania większości substancji biologicznych to badania laboratoryjne, które trwają kilka godzin i są bardzo kosztowne. Opracowanie biosensorów pozwoli pacjentowi samodzielnie i na bieżąco wykonać pomiar – mówi dr inż. Katarzyna Arkusz. Sam czujnik przypomina glukometr czy testy ciążowe, ma elektrody, za pomocą układu elektronicznego wyświetlane jest na mo-

nitörze stężenie danej substancji. W praktyce pomiar odbywa się podobnie do pomiaru cukru (nakrapia się kroplę krwi i uzyskuje od razu wynik, który wskazuje stężenie poszczególnych substancji). – Czujnik wykrywa interleukinę 6, interleukinę 8, czynnik martwicy nowotworów oraz biomarker CA 15-3. Współpraca z lekarzami jest nieodzowna, żeby dobrać substancje, które chcemy wykrywać. To oni podpowiadają, jakie substancje są najważniejsze w oznaczaniu różnych jednostek chorobowych – mówi badaczka. Pacjent sam nie może wykonać tych badań w tradycyjny sposób (np. poprzez pomiar OB czy CRP). To pielęgniarka pobiera krew, próbka analizowana jest w laboratorium, gdzie za pomocą metod analitycznych (czyli skomplikowanych urządzeń) jest wykonywany odczyt wyniku. Jednak w przypadku tego biosensora pacjent może bezpośrednio, codziennie, a nawet co godzinę wykonywać pomiar, co jest szczególnie ważne w chorobach, które charakteryzują się szybkim przebiegiem, jak sepsa czy zapalenie płuc u dzieci.

Kardiotokografia w torebce

Dr Patrycja Wizińska-Socha z Wrocławia opracowała przenośne urządzenie KTG, które może pomóc zwiększyć bezpieczeństwo dzieci w łonie matki. W zaprojektowanym sprzęcie wykorzystuje się takie sondy jak w tradycyjnym KTG, jednak wynalazek dr Wizińskiej-Sochy jest mały i poręczny. Kobieta będzie mogła wykonywać badania samodzielnie w dowolnym miejscu i dogodnym dla niej czasie, bo mieści się z łatwością nawet w niedużej damskiej torebce. Samo badanie trwa ok. 30 minut. Do umocowania sond na brzuchu służy specjalny pas. Urządzenie, po zebraniu danych, wysyła je do centrum telemonitoringu, gdzie wykwalifikowany personel medyczny 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu poddaje analizie otrzymane zapisy.

– Bieżąca kontrola dobrostanu płodu może znacząco zmniejszyć poziom odczuwanego przez przyszłą mamę stresu i pozytywnie wpłynąć na jej ogólne samopoczucie oraz kondycję psychiczną. Wczesne wykrycie zagrożenia może przyczynić się do szybkiej reakcji i wdrożenia odpowiedniej procedury medycznej, np. skierowania kobiety na patologię ciąży – wyjaśnia badaczka. Dr Wizińska-Socha w tę technologię postanowiła zainwestować całe swoje pieniądze jeszcze jako doktorantka. Zrobiła to, gdy jedna z jej sąsiadek była w ciąży, ale tydzień przed rozwiązaniem jej dziecko umarło. Urządzenie na polskim rynku powinno pojawić się jeszcze w tym roku. Jego twórcy zakładają, że w pierwszej kolejności będzie wykorzystywane w prywatnej służbie zdrowia. Zakupią je m.in. lekarze, położne, szkoły rodzenia. Dopiero w kolejnym etapie trafi do ich podopiecznych, czyli kobiet w ciąży. ■

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

Aktualności





Dla seniorów za darmo

Minister Konstanty Radziwiłł dopiął swego: od 1 września wybrane leki przysługują całkowicie nieodpłatnie pacjentom, którzy ukończyli 75 lat. Lista ma być aktualizowana co dwa miesiące.

To jednocześnie spełnienie obietnicy zawartej w exposé premier Beaty Szydło. Trudno temu pomysłowi odmówić autentyczności troski o najstarsze pokolenie. Nie jest tajemnicą, że czasami starsze osoby nie wykupują leków tylko z powodów finansowych, co nierzadko kończy się ich hospitalizacją. Notabene z punktu widzenia NFZ generuje to dodatkowe, niepotrzebne przecież wydatki. Na tle innych krajów europejskich poziom współpłacenia za leki w naszym kraju jest relatywnie wysoki.

Kluczowa rola lekarzy i pielęgniarek POZ

Pojawiają się jednak opinie krytyczne, spośród których bodaj najpoważniejsza dotyczy możliwości wystąpienia lub nasilenia zjawiska poli-pragmacji przynajmniej u niektórych spośród ok. 2,7 mln pacjentów (dane GUS), którzy są adresatami tzw. Projektu 75+. Krytykuje się i to, że wypisaniem recept na bezpłatne leki zajmą się, przynajmniej na razie, lekarze POZ, pielęgniarki POZ (pod warunkiem, że wcześniej przejdą specjalne kursy) i lekarze, którzy zaprzestali wykonywania zawodu i wystawili receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa. Nie zrobią tego jednak np. geriatrzy (docelowo ten krąg zostanie rozszerzony). Krytycy zwracają uwagę, że wiele osób poniżej wyznaczonej ustawowo granicy wieku, pomimo że są mocno schorowani i nie stać ich na wykup drogich recept, nie dostaną takiego

„prezentu”. Trzeba wreszcie pamiętać i o tym, że te leki nie są manną daną z nieba; fundują je wszyscy podatnicy, bo to pieniądze pochodzące z naszych danin.

Od wielu miesięcy resort zapowiadał, że w wykazie znajdą się leki mające zastosowanie w chorobach wieku podeszłego. Miały trafić na nią leki, do których pacjenci znacząco dopłacali (tj. głównie te stosowane przewlekłe o poziomie dopłat 30 proc. i 50 proc.). Resort poprosił Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o analizy listy leków nie tylko pod kątem największego wolumenu sprzedaży, ale i mających największe zastosowanie u osób w wieku 75+. Żeby ograniczyć ryzyko braku jakiegoś preparatu w aptece, postanowiono, aby substancje czynne obecne na liście były powszechnie dostępne. Biorąc pod uwagę praktykę stosowaną przez ostatnie lata w przypadku leków refundowanych, projekt udostępniono ze sporym wyprzedzeniem, co również trzeba zaliczyć na plus.

Różne choroby i grupy terapeutyczne

W załączniku do listy leków refundowanych, gdzie znajduje się wykaz bezpłatnych leków dla seniorów*, jest 1129 preparatów i 68 substancji czynnych (w tym 9 jako kombinacje molekuł). Ogłoszony dokument w zasadzie nie różni się od projektu zaprezentowanego na początku sierpnia. Według resortu umieszczone w nim preparaty

**Mariusz
Tomczak**

Więcej o darmowych lekach dla seniorów i pełne zestawienie leków refundowanych od 1 września br. na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



* Wykaz bezpłatnych leków dla osób w wieku 75+ stanowi część listy leków refundowanych. Jest załącznikiem do obwieszczenia ministra zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

pokrywają ponad 81 proc. zapotrzebowania seniorów na leki z odpłatnością 30 proc. (na podstawie danych NFZ). W trosce o transparentność i uniknięcie zarzutu o faworyzowanie któreś z firm farmaceutycznych, co do zasady listę oparto nie o konkretne produkty, lecz o substancje czynne stosowane w danej jednostce chorobowej. To oznacza, że po 1 września to lekarz może wybrać

Nowości na nowej liście refundacyjnej

Warto podkreślić, że oprócz leków darmowych dla seniorów, na nowej liście leków refundowanych znalazły się zupełnie nowości dostępne nie tylko dla populacji 75+. Przykładowo: całkowitą refundacją objęto nowoczesną terapię w przypadku raka jajnika (kapsułki z substancją czynną olaparib o cenie rynkowej dochodzącej do 24 tys. zł). Chorzy z rakiem prostaty za lek z substancją czynną leuprorelinum zapłacą niecałe 142 zł, w sytuacji, gdy do niedawna musieli wysupłać prawie 450 zł (oszczędność: 306 zł), a za lek z substancją triptorelinum – zamiast ponad 205 zł tylko niecałe 10 zł. W wykazie pojawiły się nowe substancje czynne stosowane w przypadku schizofrenii (arypiprazol w postaci zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu) i pramipeksol używany w leczeniu choroby Parkinsona u dorosłych. Refundowany będzie także tapentadol (stosowany przy przewlekłym bólu pacjentów onkologicznych) i mometazon (przydatny w terapii alergicznych nieżytów nosa i chorób zapalnych skóry).

lek spośród kilku działających podobnie. Są to preparaty z wielu grup terapeutycznych wykorzystywane w leczeniu m.in. nadciśnienia, niewydolności serca, cukrzycy, astmy, POChP, zakrzepic, miażdżycy czy schorzeń neurologicznych. Są tam medykamenty zmniejszające objawy choroby Parkinsona czy stosowane w leczeniu otępienia, a także środki przeciwbólowe. Skorzystają też osoby z wysokim poziomem cholesterolu i zmagające się z osteoporozą. Nie ma żadnego wyznaczonego limitu, ile bezpłatnych leków w miesiącu czy roku przysługuje pacjentowi.

To nie farmaceuta sprawdzi wiek pacjenta

Przypomnijmy jeszcze, że podstawą do poświadczenia prawa do refundacji i weryfikacji wieku pacjentów jest numer PESEL lub data urodzenia. Leki wydawane będą na recepty oznaczone symbolem „S”. Tak jak dotychczas, ich realizacją mogą zająć się krewni czy sąsiedzi, a farmaceuta nie zażąda od nikogo dowodu tożsamości. Co ważne, w aptece recepta nie będzie mogła zostać uzupełniona o literę „S”, nawet jeśli pacjent – chcąc udowodnić, że bezpłatne leki mu się należą – pokaże dowód osobisty. Do końca br. na sfinansowanie leków dla seniorów przeznaczonych zostanie nie więcej niż 125 mln zł (w latach 2016-2025 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa z tego tytułu wyniesie prawie 8,3 mld zł). Jak zapewnia Marek Tombarkiewicz, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzialny m.in. za refundację, zestaw leków obecny na „pierwszej” senioralnej liście na pewno zostanie rozszerzony. Najbliższa okazja do tego już w listopadzie. ■

Ślimakowe Rytm

Uroczystym koncertem na Uniwersytecie Muzycznym Fryderyka Chopina w Warszawie zakończył się II Międzynarodowy Festiwal Dzieci, Młodzieży i Dorosłych z Zaburzeniami Słuchu „Ślimakowe Rytm”.



To pomysł na pokazanie talentów muzycznych osób przywróconych do świata muzyki dzięki postępowi w nauce i medycynie. – Tegoroczna edycja konkursu miała dla nas szczególne znaczenie, bowiem w tym roku obchodzimy aż dwa jubileusze: 25-lecie programu leczenia głuchoty w Polsce oraz 20-lecie Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu – mówi prof. Henryk Skarżyński, pomysłodawca festiwalu. W 2016 r. na konkurs wpłynęło ok. 150 zgłoszeń z całego świata. Do Polski przyjechało kilkudziesięciu uczestników z kilkunastu krajów. Patronat honorowy nad tym niecodziennym wydarzeniem objęła małżonka Prezydenta RP Anna Kornhauser-Duda, a jednym z patronów medialnych była „Gazeta Lekarska”. ■

BIULETYN

Nr 4 (169) Rok XXVII Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, VI 2016

Redaktor naczelny: Marek Jodłowski

Posiedzenie NRL – 16/17 czerwca 2016 r.

UCHWAŁA Nr 16/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 czerwca 2016 r.

w sprawie zatwierdzenia wykonania budżetu i przeznaczenia zysku Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2015

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Zatwierdza się wykonanie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2015, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 22.942.522,13 PLN.
2. Postanawia się przeznaczyć zysk w kwocie 3.918.135,19 PLN na działalność ustawową Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 8/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 czerwca 2016 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, nadesłanym przy piśmie pana Adama Podgórskiego – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 10 maja 2016 r., znak: GMS-WP-173-126/16, w pełni popiera kierunek proponowanych zmian.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 9/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 17 czerwca 2016 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Naczelna Rada Lekarska, po rozpatrzeniu projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przekazanego przy piśmie

pana Piotra Warczyńskiego – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 12 maja 2016 r., znak: AS.073.11.2016.PR, przekazuje następujące uwagi:

Naczelna Rada Lekarska pozytywnie ocenia kierunek zmian proponowanych w projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na poparcie zasługuje przyznanie lekarzom ambulatoryjnej opieki specjalistycznej prawa do kierowania pacjentów na szybką ścieżkę leczenia w sytuacji podejrzenia nowotworu złośliwego albo miejscowo złośliwego. Ograniczenie uprawnień lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do wystawiania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego budziło sprzeciw samorządu lekarskiego, a zgodność tego ograniczenia uprawnień zawodowych lekarzy specjalistów z Konstytucją została zakwestionowana we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego złożonym przez Naczelną Radę Lekarską w dniu 16 kwietnia 2015 r.

Na aprobatę zasługuje również likwidacja współczynnika rozpoznawania nowotworów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz uchylenie konsekwencji, jakie wiązały się z nieosiągnięciem tego współczynnika w postaci czasowego zakazu wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej zasadna jest też rezygnacja z dokonywania zgłoszenia Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów przez lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy. Korzystnie ocenia się także ograniczenie informacji zamieszczanych w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Ponadto zgłasza się następujące uwagi do projektu ustawy wskazując, że pewne kwestie objęte pakietem onkologicznym nadal budzą zasadnicze wątpliwości samorządu lekarskiego:

1. Projekt ustawy nie uwzględnia postulatu środowiska lekarzy i lekarzy dentyistów wyrażonego w apelu nr 4/15/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 sierpnia 2015 r. w sprawie: zmiany przepisów dotyczących prowadzenia list oczekujących oraz apelu nr 12/15/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 grudnia 2015 r. w sprawie kierunków zmian systemu opieki zdrowotnej, zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty oraz kształcenia przed i podyplomowego w tych zawodach. W apelach tych skierowanych do Ministra Zdrowia samorząd lekarski domagał się zmian w przepisach dotyczących obowiązku prowadzenia list oczekujących polegających na zniesieniu obowiązku prowadzenia list oczekujących w niektórych zakresach świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie stomatologii oraz dokonania korekty niezrozumiałych i zbyt rygorystycznych wymogów prowadzenia list oczekujących, które utrudniają świadczeniodawcom pracę, a jednocześnie nie przynoszą wymiernych korzyści pacjentom. Uznając zgłoszone postulaty za wciąż aktualne, Rada wskazuje, że istnieją zakresy świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, dla których tworzenie list oczekujących nie jest konieczne dla zapewnienia równego dostępu pacjentów do świadczeń gwarantowanych. Jednym

z przykładów niezasadnego wprowadzenia obowiązkowej listy oczekujących są świadczenia z zakresu stomatologii. Ze względu m.in. na specyfikę koszyka świadczeń gwarantowanych z tego zakresu i brak skierowań do lekarza dentysty prowadzenie listy oczekujących jest niecelowe. Podobne względy dotyczą szeregu świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdzie również tworzenie list oczekujących jest tylko zbędną biurokracją obwarowaną sankcjami ze strony NFZ. Apele z dnia 5 sierpnia 2015 r. i 4 grudnia 2015 r. wskazywały ponadto, że prowadzenie list oczekujących we wszystkich rodzajach świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, bez konsekwencji w postaci nabywania przez pacjenta uprawnień do zwrotu kosztów świadczenia uzyskanego prywatnie, gdy czas oczekiwania przekroczył dopuszczalną medycznie normę jest w wielu przypadkach jedynie biurokratycznym utrudnieniem dla świadczeniodawców i pacjentów.

2. Projektowana ustawa nie realizuje propozycji likwidacji karty diagnostyki i leczenia onkologicznego i zastąpienia jej znacznie prostszą formą, jaką mogłoby być specjalne skierowanie z adnotacją „onkopolne”. Propozycję takiego rozwiązania samorząd lekarski zgłosił w apelu Naczelnej Rady Lekarskiej nr 12/15/VII z dnia 4 grudnia 2015 r. oczekując, że Minister Zdrowia dokona oceny, czy wprowadzenie pakietu nie zostało obudowane zbyt dużą liczbą spoczywających na lekarzach i podmiotach leczniczych obciążeń administracyjnych i biurokratycznych, w postaci np. karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.
3. Zastrzeżenia budzą projektowane art. 32c-32-e ustawy, upoważniające ministra właściwego do spraw zdrowia do wydawania w trybie obwieszczenia wytycznych postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz ustalania w tym samym trybie mierników oceny prowadzenia diagnostyki i leczenia onkologicznego, a także nałożenie na świadczeniodawców obowiązku przekazywania do Narodowego Funduszu Zdrowia corocznych wskaźników efektywności diagnostyki i leczenia onkologicznego.
4. Negatywnie opiniuje się art. 1 pkt 6 projektu ustawy przewidujący uchylenie art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Przepis ten jest dla świadczeniodawców gwarantem zmiany kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Rada postuluje utrzymanie w mocy przepisu rangi ustawowej gwarantującego bezlimitowe rozliczanie świadczeń w ramach tzw. pakietu onkologicznego.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 10/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 17 czerwca 2016 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, nadesłanym przy piśmie Ministra Zdrowia z dnia 3 czerwca 2016 r., znak: PZT.402.1.2016 pozytywnie ocenia kierunek

projektowanych zmian. 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 2 projektu dot. dodawanego art. 43a:

w art. 43a ust. 1 zapisano, że „stwierdzenie:

1) trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu),

2) nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów

- następuje w sposób i na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, z uwzględnieniem kryteriów, o których mowa w ust. 2, określonych przez specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia”. Naczelna Rada Lekarska proponuje przeredagowanie zapisu tiret pierwsze na następujące brzmienie:

1) „- następuje po przeprowadzeniu przez specjalistów, o których mowa w ust. 4 i 5 postępowania zgodnego z aktualną wiedzą medyczną, z uwzględnieniem sposobu i kryteriów, o których mowa w ust. 2”. Zmiana ww. zapisu uzasadniona jest tym, że wiedza medyczna nie jest „sposobem” a może być podstawą do stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) i stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 11/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 17 czerwca 2016 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks cywilny, Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Kodeks postępowania cywilnego oraz zmianie innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy – Kodeks cywilny, Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Kodeks postępowania cywilnego oraz zmianie innych ustaw, przekazany przy piśmie pana Adama Podgórskiego – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 24 maja 2016 r., znak: GMS-WP-173-141/16, popiera kierunek zaproponowanych zmian, mających na celu zapewnienie osobom niepełnosprawnym intelektualnie należnej im ochrony.

Jednakże Naczelna Rada Lekarska proponuje rozważenie zmiany nazwy „opiekun medyczny”, gdyż wskazuje ona na osobę sprawującą opiekę medyczną – lekarza, pielęgniarkę czy felczera. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest w istocie opiekunem medycznym każdej zarejestrowanej u niego osoby. Ponadto w przedstawionym projekcie ustawy nie określono kompetencji i uprawnień opiekuna medycznego, nie wskazano, czy zadaniem opiekuna medycznego jest podejmowanie działań zapewniających podopiecznemu uzyskanie wszelkich niezbędnych świadczeń medycznych. Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska, przychylając się do zdania projektodawcy, że obowiązujące regulacje są niewystarczające wskazuje, że projektowana ustawa nie odpowiada potrzebom pełnego uregulowania kwestii zgód na zabiegi medyczne. W świetle przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.), która określa m.in. ogólne zasady postępowania przy dokonywaniu ingerencji medycznej w stosunku do pacjentów niezdolnych do wyrażenia zgody, w przypadku pacjenta pełnoletniego i nieubezpieczonego decyzję o leczeniu może podejmować wyłącznie sam pacjent, albo gdy utraci on zdolność świadomego podejmowania decyzji – sąd opiekuńczy, z wyjątkiem sytuacji nagłych. Tym samym w przypadku osób, które mają pełną zdolność do czynności prawnych, ale z powo-

du stanu fizycznego lub psychicznego nie są w stanie wyrazić swojej woli, prawo nie zezwala na wyrażenie woli w zakresie decyzji leczniczej przez osoby trzecie, w tym członków rodziny, osoby bliskie. Prawo powinno przewidywać możliwość ustanowienia *pro futuro* pełnomocnika, który byłby upoważniony do wiążącego dla lekarzy podejmowania decyzji w imieniu pacjenta w zakresie stosowania procedur medycznych, na wypadek utraty przez pacjenta kompetencji do samodzielnego podejmowania decyzji.

Naczelna Rada Lekarska zwraca również uwagę, że problematyka pełnomocnictwa medycznego jest szeroko opisywana w literaturze

medycznej, analizowana w judykaturze, jest też przedmiotem inicjatyw na rzecz zmiany prawa, w tym Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia opracowała projekt uregulowania instytucji pełnomocnika medycznego. Z tych względów potrzebne jest obecnie opracowanie takich rozwiązań prawnych, które pozwolą pacjentowi realizować jego autonomię decyzyjną, a dla lekarza będą stanowić jasne, precyzyjnie określone reguły postępowania.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

KRAJOWA KOMISJA WYBORCZA

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 14 czerwca 2016 r.

o wynikach wyborów na stanowisko I Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2016 r. poz. 522) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnego Sądu Lekarskiego obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko I Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej - wybory I Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, z dnia 10 czerwca 2016 r., ogłasza się, że I Zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres kadencji 2014-2017 została lek. dent. Anna Tarkowska.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 14 czerwca 2016 r.

o wynikach wyborów na stanowisko II Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2016 r. poz. 522) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie protokołu komisji wy-

borczej zgromadzenia wyborczego Naczelnego Sądu Lekarskiego obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko II Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej - wybory II Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, z dnia 10 czerwca 2016 r., ogłasza się, że II Zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres kadencji 2014-2017 został lek. Maciej Cymerys.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 5 lipca 2016 r.

o utracie przez lekarza dentystę Agnieszkę Ruchałę-Tyszler funkcji wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522), § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. (tekst jednolity uchwały ustalony w obwieszczeniu Nr 2/12/VI Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 29 marca 2012 r., zmienionej uchwałą Nr 6 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r.) oraz postanowień Naczelnego Sądu Lekarskiego w sprawach o sygn. akt: I/4/PW/16, I/5/PW/16 oraz I/6/PW/16 z dnia 30 czerwca 2016 r. oddalających protesty przeciwko ważności głosowania nad wnioskiem o odwołanie ze stanowiska funkcyjnego wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej, zwołanego w dniu 16 czerwca 2016 r. w celu rozpatrzenia wniosku o odwołanie, ogłasza się, że z dniem 16 czerwca 2016 r., lekarz dentysta Agnieszka Ruchała-Tyszler utraciła stanowisko funkcyjne wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Ładysław Nekanda-Trepka

Lidia
Sulikowska

Jak leczony jest ból

Na początku roku Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia opublikowało wyniki raportu na temat leczenia bólu ostrego i pooperacyjnego w polskich szpitalach. Co odkrywa ten dokument? Z czym są największe problemy i czy można im zaradzić?

Badanie wykonało CMJ wspólnie z Ministerstwem Zdrowia i Polskim Towarzystwem Badania Bólu. Jak wyjaśnia resort zdrowia, zdecydowano się na ten krok, bo organizacje pacjentów, Rzecznik Praw Obywatelskich, a nawet Helsińska Fundacja Praw Człowieka alarmowali, że dostępność do skutecznego leczenia bólu jest „daleko niezadowalająca”. Postanowiono więc ocenić, jak jest w praktyce. Przedmiotem analizy był ból ostry i pooperacyjny.

Na początek rozesłano ankiety do dyrektorów szpitali, i tu czeka nas pierwsza, niezbyt miła niespodzianka. CMJ zaprosiło do udziału aż 1054 podmioty działalności leczniczej, ale ankiety odesłały jedynie 284 placówki, z czego część była nie w pełni wypełniona. Pocieszający jest jednak fakt, że w sumie baza łóżek szpitalnych jednostek, które wzięły udział w badaniu, stanowi 46 proc. bazy wszystkich łóżek szpitalnych w Polsce, a w szpitalach tych leczono w sumie prawie 60 proc. wszystkich hospitalizowanych w naszym kraju pacjentów (dane: GUS 2014). Ważne też, że były to różnego rodzaju szpitale – zarówno kliniczne, jak i wojewódzkie, powiatowe i inne. Przejdźmy jednak do samych wyników.

Sztuka wyboru

Aż 88 proc. placówek zadeklarowało, że leczy ból w oparciu o zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Taki wynik może cieszyć, ale analiza odpowiedzi na kolejne zadane w ankiecie pytanie tonuje początkowy entuzjazm. Okazuje się bowiem, że 40 proc. biorących udział w badaniu deklaruje stosowanie autorskich opracowań leczenia bólu. W tej grupie szpitali aż 97 z nich deklaruowało także stosowanie polskich zaleceń odnoszących się do leczenia bólu ostrego i pooperacyjnego. Czyli jakie tak naprawdę zalecenia są praktykowane w tych 97 szpitalach? Według autorów raportu, „leczenie bólu według opracowań autorskich nie może być tożsame z leczeniem według wskazówek PTBB/PTAiIT. Zatem można postawić tezę, że zalecenia PTBB/PTAiIT tak naprawdę stosuje 53 proc. z nich, a nie 88 proc”. Przejdźmy do pytań bardziej szczegółowych.

Za pomocą jakich środków szpitale leczą ból? Dla 31 proc. badanych najważniejszym kryterium przy wyborze leku jest jego skuteczność, dla ko-

lejnych 23 proc. – znajomość efektów działania wynikających z jego częstego stosowania. Dla jednej piątej ankietowanych najistotniejszy jest profil farmakokinetyczno-farmakodynamiczny. Co ósmy szpital na pierwszym miejscu stawia na bezpieczeństwo, co dwunasty – na dostępność, a co dwudziesty piąty – na cenę.

Czy leki dobrane są właściwie? W ankiecie przedstawiono wykaz w sumie 27 substancji czynnych (zarówno analgetyki nieopiodowe, opioidy, jak i koanalgetyki), które umożliwiają leczenie zgodne z aktualnymi polskimi wytycznymi i poproszono szpitale o zaznaczenie tych, które się w nich podaje. W odpowiedziach najczęściej wskazywano na stosowanie: ketoprofenu, metamizolu, morfiny, paracetamolu i tramadolu. Żaden ze szpitali nie wskazał ośmiu wymienionych w wykazie cząstek lekowych, m.in. lornoksykamu czy oksykodonu z naloksonem. – Nadal niestety o wyborze leku przeciwbólowego w Polsce decyduje przyzwyczajenie. Rzadko własności i profil farmakokinetyczno-farmakodynamiczny leku to cechy, które są brane pod uwagę przy opracowaniu strategii leczenia bólu. Lornoksykam jest bardzo skutecznym lekiem przeciwbólowym o specyficznym profilu PK/PD (krótki okres półtrwania w osoczu, długi w stawach – przyp. red.). Wielka szkoda też, że szpitale nie chcą stosować połączenia oksykodonu z naloksonem – mówi dr Jarosław Woroń z Zakładu Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego UJ CM Kraków, współautor raportu.

Niepokoić może też fakt, że wśród kobiet ciężarnych i karmiących stwierdzono stosowanie leków, które nie są rekomendowane przez aktualne wytyczne. Na przykład zdarzało się, że w niektórych szpitalach kobiety ciężarne otrzymywały metamizol, petydynę, tramadol i pentazocynę, a karmiące – diklofenak, ketoprofen, metamizol, pentazocynę, tramadol, a także tramadol z paracetamolem. Co więcej, część placówek biorących udział w badaniu w ogóle nie odpowiedziała na pytanie dotyczące leczenia kobiet ciężarnych i karmiących. – U kobiety karmiącej specyficzna farmakokinetyka leku może powodować trudne do oszacowania ryzyko działań niepożądanych u noworodka. Petydyna może nawet doprowadzić do zgonu karmionego piersią noworodka. Można natomiast z silnych opioidów w populacji tej stosować nalbufinę i morfinę – odpowiada dr Woroń.

Obawę budzą też wyniki na temat leczenia skojarzonego. W pewnej liczbie przypadków stosowane są skojarzenia leków, które nie powodują synergizmu działania przeciwbólowego, za to zwiększają prawdopodobieństwo występowania objawów niepożądanych. – Najgorszy problem to łączenie jednocześnie kilku NLPZ, takie skojarzenie nie zwiększa skuteczności przeciwbólowej natomiast znacząco zwiększa ryzyko uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, wątroby i nerek. Warto przypomnieć, że paracetamol i metamizol nie są NLPZ i mogą być z tymi lekami kojarzone. Nie należy z kolei łączyć słabych i silnych opioidów, na przykład tramadolu z morfiną – komentuje dr Jarosław Woron.

Śledzenie bólu

Już na jednych z pierwszych stron raportu można wyczytać, że zdecydowanie należy poprawić jakość nadzoru i monitorowania bólu. W co szóstym szpitalu nie prowadzi się powszechnie monitorowania natężenia bólu ostrego czy pooperacyjnego. W podobnej liczbie jednostek nie dokumentuje się monitorowania bólu. Około 40 proc. biorących udział w ankiecie nie analizuje skuteczności leczenia przeciwbólowego i nie prowadzi systematycznie szkoleń wśród personelu na temat monitorowania i racjonalnego leczenia bólu. 23 proc. badanych nie monitoruje niepożądanego działania leków przeciwbólowych. W ponad połowie szpitali (57 proc.) pacjent nie otrzyma informacji na piśmie, jak skutecznie walczyć z bólem ostrym czy pooperacyjnym.

Co jeszcze pokazał raport? Spytano między innymi o to, jak ocenia się stopień natężenia bólu u pacjenta. W zdecydowanej większości padały odpowiedzi o stosowaniu skali numerycznej (NRS), nieco ponad jedna trzecia deklarowała użycie skali analogowo-wzrokowej. Z kolei w 28 przebadanych placówkach nie stosuje się żadnej skali do monitorowania bólu (w 20 z nich przeprowadza się operacje). To jednak nie wszystko. Co piąty szpital nie stosuje metod analgezji regionalnej (w tym 32 szpitale zabiegowe i 22 niezabiegowe). Większość, bo aż 167 szpitali, nie posiada zespołów leczenia bólu według modelu funkcjonujących APS (acute pain service). Tylko co czwarty szpital umożliwia konsultacje pacjentów w specjalistycznej poradni leczenia bólu.

Wyniki raportu mają pomóc w opracowaniu programów edukacyjnych i innych rozwiązań, dzięki którym zwiększy się dostępność do skutecznej walki z bólem. Oby opracowano je jak najszybciej, bo leczenie bólu to podstawowe prawo pacjenta. To także wymierne korzyści nie tylko dla chorego, ale także samego szpitala. Warto pamiętać, że pacjent z nieleczonym lub niewłaściwie leczonym bólem generuje dodatkowe koszty, bo przedłuża się okres jego hospitalizacji i zwiększa się ryzyko powikłań, a w skrajnych przypadkach może dojść do kryzysu bólowego, co jest ostrym stanem zagrożenia życia. ■

Otyłość narasta

Mariusz
Tomczak

Epidemia otyłości w dramatyczny sposób narasta i jest znacznie groźniejsza niż przewidywano. Wszyscy, w tym również lekarze, powinni radykalnie zmienić pogląd na tę chorobę.

O tym, że w Unii Europejskiej z otyłością zmagają się 17 proc. dorosłych w wieku 20-74 lata, a nadwagę ma 36 proc., wiadomo od kilku lat. Nie jest również tajemnicą, że w Stanach Zjednoczonych otyłość dotyka 32 proc., a nadwaga 34 proc. dorosłych. Jednak mało kto zdawał sobie sprawę z tego, że w ciągu ostatnich 40 lat nastąpił prawie 3,5-krotny wzrost otyłości u mężczyzn (z 3,2 proc. w 1975 r. do 10,8 proc. w 2014 r.) i prawie 2,5-krotny u kobiet (z 6,4 proc. do 14,9 proc.). Takie wyniki zaprezentował „The Lancet” kilka miesięcy temu. Raport wywołał burzę. Jego autorzy przeanalizowali dużą populację (ponad 19 mln osób) z prawie 200 krajów. Okazuje się, że otyłość to problem globalny, stanowiący plagę w krajach bogatych, ale coraz częściej także w państwach rozwijających się. Jeśli trendy się nie zmienią, to – wskazują badacze – w 2025 r. na otyłość ma chorować co piąty człowiek na świecie (18 proc. mężczyzn i 21 proc. kobiet). Tymczasem jeszcze parę lat temu wierzono, że w 2025 r. fala otyłości przestanie narastać. Dlaczego liczba osób „przy kości” rośnie tak szybko? – Otyłość okazała się znacznie poważniejszym problemem niż przewidywano – mówi prof. dr hab. Mirosław Jarosz, dyrektor Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie. Jest powszechniejsza, ale i bardziej „złośliwa”.

Generalnie otyłość to skutek dodatniego bilansu energetycznego, aczkolwiek traktowanie jej tylko w kategoriach spożywania większej ilości kalorii niż ich zużywamy, to trywializowanie problemu. Podobnie jak mówienie, że zbędne kilogramy to wyłącznie defekt estetyczny. Co prawda eksperci dalej zachęcają do obliczania wskaźnika masy ciała, ale podpowiadają, żeby baczniej przyglądać się ilości tkanki tłuszczowej, bo u osób z prawidłowym BMI, zwłaszcza w starszym wieku, może wystąpić otyłość brzuszna. Część badaczy przypisuje tkance tłuszczowej właściwości narządu czy też układu narządów, bowiem – pomimo rozproszenia w różnych częściach ludzkiego ciała – jej obecność wpływa na inne tkanki i narządy. – W wyniku kumulacji pewnych zmian epigenetycznych, tkanka tłuszczowa zgromadzona w organizmie staje się coraz groźniejsza – wyjaśnia prof. Jarosz. – Czas na nowe spojrzenie na otyłość – apeluje szef IZZ. Wiele już napisano o powodach powstawania otyłości. Są czynniki genetyczne (większość osób z nadwagą miała otyłe przynajmniej jedno z rodziców, ale – co warto podkreślić – nawet to nie oznacza, że jest się skazanym na tę chorobę), fizjologiczne (choć otyłość na tle chorobowym występuje dość rzadko), psychologiczne (utrata kontroli nad jedzeniem) i środowiskowe (np. mała aktywność fizyczna). Wiadomo również, że niektóre leki – poprzez wzrost łaknienia lub wpływ na metabolizm – sprzyjają przybieraniu na wadze. Bardzo dużą rolę odgrywają przyczyny ściśle związane ze stylem życia na przełomie XX i XXI stulecia.

Na pisanie o siedzącym trybie życia szkoda miejsca, bo to oczywiste, że cywilizacja „wbila” nas w krzesła i fotele (szacuje się, że samo wykorzystywanie pilota do telewizora mogło doprowadzić do przyrostu masy ciała nawet o 1,5 kg w ciągu roku u wielu osób). Nie docenia się też znaczenia programowania metabolicznego. Jeśli kobieta w ciąży ma nadwagę albo źle się odżywia, to ryzyko chorób u jej dziecka, w tym otyłości, dramatycznie wzrasta. – Okresy „krytyczne” to czas szybkiego rozwoju tkanek i narządów, które są wówczas podatne na trwałą modyfikację wybranych procesów metabolicznych. Szczególnie wrażliwy na taki „programujący” wpływ jest organizm szybko rozwijającego się płodu i niemowlęcia – tłumaczy prof. dr hab. Piotr Socha z Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie.

Gospodarkę metaboliczną organizmu zaburzają zanieczyszczenia chemiczne (pochodzące np. z plastikowych opakowań), a ponadto zbyt krótki i za długi sen. Jeśli ktoś nie śpi – co do zasady – 7-8 godzin w ciągu doby, to je więcej na śniadanie. Do zaburzeń gospodarki węglowodanowej w naszym organizmie przyczynia się praca przy komputerze ponad 3 godziny na dobę. I wcale nie chodzi tylko o to, że za długo siedzimy przy biurku. Przykładowo: gry komputerowe wywołują tzw. stres metaboliczny wpływający na wzrost apetytu. Zresztą przewlekły stres (np. w pracy) także stanowi czynnik powodujący zaburzenia hormonalne. Ważna jest flora bakteryjna przewodu pokarmowego (dorosły człowiek ma nawet 2 kg bakterii jelitowych). Zupełnie inne bakterie mają dzieci urodzone przez „cesarkę” niż te, które urodziły się w wyniku porodu naturalnego. – Cięcia cesarskie dwukrotnie zwiększają ryzyko otyłości w wieku przedszkolnym. Kto by się tego spodziewał? – pyta retorycznie prof. Jarosz. Tymczasem – jak zwraca uwagę dr hab. Wojciech Rokita, wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego – mamy do czynienia z ogromną presją społeczną i medialną nagonką na lekarzy, którzy nie chcą wykonywać cięcia cesarskiego. Według danych z 2015 r., pod względem liczby cesarskich cięć Polska zajmuje czwarte miejsce w Europie. Ważnym markerem otyłości jest procent energii z tłuszczu w diecie. Narasta on od kilkunastu lat m.in. z powodu nadmiernego spożywania niezdrowych przekąsek. – U dzieci przekąski mogą dostarczać nawet 1/3 kalorii w ciągu dnia. Młodzież spożywająca przekąski cztery razy dziennie lub więcej konsumuje o nawet 1000 kcal więcej w ciągu dnia niż osoby niejedzące ich w ogóle lub tylko raz – mówi prof. dr hab. Jadwiga Charzewska z IZZ.

Istotny czynnik w rozwoju otyłości stanowi opuszczanie posiłków. – Młode dziewczyny chcące się odchudzać opuszczają posiłki, tymczasem ci, którzy spożywają 4-5 posiłków w ciągu doby, mają niższy wskaźnik BMI i szczuplejszą sylwetkę niż osoby, które jedzą raz lub

dwa – dodaje prof. Charzewska. Na to, że nie docenia-
my prawidłowego rozkładu posiłków (5-6 dziennie) zwraca uwagę również prof. dr hab. Maciej Małecki, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Jak mówi, wysokoenergetyczne i najbardziej kaloryczne posiłki (obfite śniadania i obiad) powinniśmy spożywać do godziny 15-16. – Sprzyja to zachowaniu normoglikemii i normoin-sulinemii – argumentuje. Do wzrostu wagi przyczynia się nadmierne spożycie soli i cukru. Zwłaszcza ten ostatni to „niedoceniany” wróg. – Nadmierna ilość cukru w diecie stanowi taką samą szkodliwość dla zdrowia, jak nałóg palenia tytoniu – mówi Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Oczywiście nie każdy cukier szkodzi, ale prawdą jest, że ten niekorzystny dla zdrowia znajdziemy w wielu gotowych produktach, nawet takich jak: keczup i musztarda, desery mleczne czy płatki śniadaniowe (mimo reklam w stylu: „Bądź fit”), napoje energetyczne (mała puszka „energetyka” dostarcza porcję odpowiadającą kilku łyżeczkom cukru). Nieprawidłowa dieta znajduje się na drugim miejscu wśród czynników ryzyka przedwczesnej umieralności. Jak podkreśla prof. dr hab. Jan Duława, prezes elekt Towarzystwa Internistów Polskich, w dobrze zbilansowanym menu wolne cukry proste powinny stanowić mniej niż 5 proc. energii. Przestrzega przed częstym sięganiem po napoje wysoko-kowe „dla zdrowia”. – Alkohol to dodatkowe kalorie. Kieliszek wina to wielkie ciacho – mówi prof. Duława.

Epidemia otyłości poprzedza choroby dietozależne. Jak mówi prof. Małecki, o ile cukrzycy typu 1 nie da się

zapobiegać poprzez właściwą dietę, to w przypadku cu-
krzycy typu 2 to, co łąduje na talerzu, nie tylko pozwala jej uniknąć, ale i ją leczy. Tymczasem przewidywania mię-
dzynarodowych organizacji nie napawają optymizmem: w 2035 r. Polska może zająć pierwsze miejsce na świecie (sic!) w występowaniu stanu przedcukrzycowego. – Zaczynamy być liderem w patologii i powikłaniach tej patologii – stwierdza prof. Jarosz. Otyłość i nadwaga to – poza wspomnianą cukrzycą – główna przyczyna m.in. chorób układu krążenia (udar mózgu, nadciśnienie tętni-
cze), nowotworów złośliwych (rak jelita grubego, sutka, gruczołu krokowego) czy kamicy żółciowej. Nadmiar tkanki tłuszczowej w organizmie przyczynia się m.in. do braku lub zbyt częstego miesiączkowania, powstawania niepłodności czy wystąpienia zespołu policystycznych jajników. W Europejskim Regionie WHO nawet 6 proc. wydatków na zdrowie przeznaczają się na leczenie chorób spowodowanych otyłością u osób dorosłych. W USA roczne wydatki na opiekę zdrowotną otyłych pacjentów są o 36 proc. wyższe niż tych z prawidłową masą ciała. Otyli są częściej nieobecni w pracy ze względu na stan swego zdrowia. Mimo to wiele osób z ewidentną otyło-
ścią przyznaje, że co prawda waży „trochę” za dużo, ale jednocześnie twierdzi, że nic im nie grozi. – To kwestia czasu, zaczekajmy 10, 15 czy 20 lat. Każdy otyły spotka się z chorobą – komentuje prof. Jarosz. Ocenia się, że nasze zdrowie zależy w połowie od sumy indywidual-
nych zachowań, a tylko w ok. 20-30 proc. od środowiska fizycznego i warunków społecznych. ■

Egzamin specjalizacyjny

Filip

Dąbrowski

Przewodniczący

Komisji

ds. Młodych

Lekarzy NIL,

Okręgowa Izba

Lekarska

w Warszawie

Romuald

Krajewski

Wiceprezes

Naczelnej Izby

Lekarskiej,

Okręgowa Izba

Lekarska

w Warszawie

Łukasz

Szmygel

Wiceprzewodni-

czący Komisji

ds. Młodych

Lekarzy NIL,

Okręgowa Izba

Lekarska

w Gdańsku

Arkadiusz

Szycman

Komisja

ds. Młodych

Lekarzy NIL

Co sądzimy o szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce? Część 3.

Sukces wieńczy dzieło – w kontekście szkolenia specjalizacyjnego jest to potwierdzenie nabytej wiedzy i umiejętności poprzez egzamin specjalizacyjny. W przypadku większości specjalizacji w naszym kraju jest to Państwowy Egzamin Specjalizacyjny (PES). Jedynie w przypadku kilku specjalizacji, m.in. anesteziologii i urologii, lekarze mogą przystępować do europejskiego egzaminu specjalizacyjnego.

Emocje, jakie towarzyszą egzaminowi specjalizacyjnemu, są ogromne, gdyż jest on podsumowaniem wieloletniego kształcenia i kluczem do dalszej kariery. Od jego zdania, ale i od uzyskanej oceny, zależy dalszy los zawodowy. Uzyskanie specjalizacji jest bardzo pożądanym etapem rozwoju zawodowego zarówno dla lekarzy, jak i dla lekarzy dentystów.

W środowisku młodych lekarzy oraz w całym samorządzie od dawna dyskutujemy na temat przygotowania samego egzaminu, szczególnie jakości, stopnia trudności pytań egzaminacyjnych i ich jawności, formy i przebiegu PES, stopnia trudności i przygotowania się do egzaminu. Częstym problemem lekarzy jest terminowe złożenie dokumentów. Niejednokrotnie brak wykonania jednego zabiegu czy udziału w pojedynczym kursie oddala zdobycie specjalizacji o kilka miesięcy. Celem naszych działań jest więc m.in. umożliwienie zdawania PES w trakcie ostatniego roku specjalizacji lub dopuszczenie do egzaminu za zgodą opiekuna przed wypełnieniem całości programu. W trzeciej części publikacji omawiającej wyniki badania opinii środowiska lekarzy w wieku do 35. r.ż., w którym wzięło udział aż 2691 lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski, przedstawiamy opinie o PES.

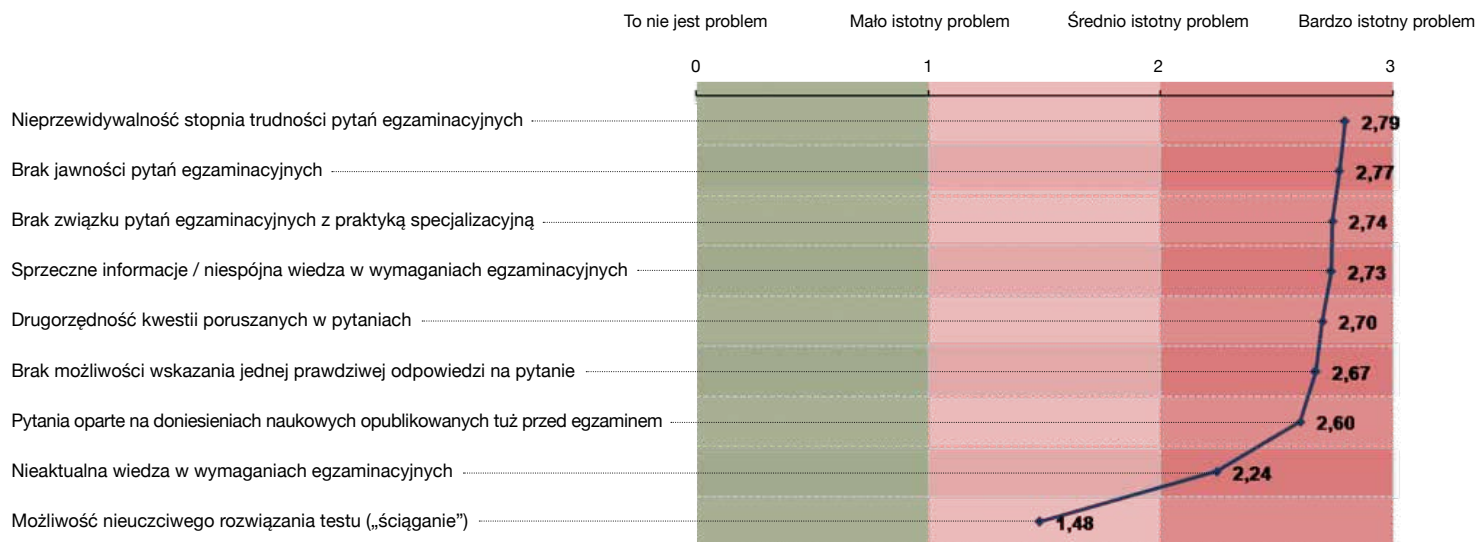
W ocenie wszystkich respondentów praktycznie każda poruszana w ankiecie kwestia, dotycząca PES, była bardzo istotna. Większość z nich jest oceniana negatywnie (Tab. 1). Nieprzewidywalność stopnia trudności pytań egzaminacyjnych, brak ich jawności, brak związku pytań egzaminacyjnych z praktyką specjalizacyjną, sprzeczności i niespójność wymagań egzaminacyjnych oraz małą istotność problemów poruszanych w pytaniach respondenci ocenili jako bardzo istotne problemy. Nieco mniej krytycznie oceniono ak-

tualność wiedzy zawartej w wymaganiach egzaminacyjnych. Możliwość nieuczciwego rozwiązywania testu w trakcie PES jest widziana jako średnio istotny problem. Co ważne, oceny lekarzy i lekarzy dentystów dotyczące wszystkich badanych aspektów są bardzo zbliżone lub niemalże identyczne, niezależnie od kierunku specjalizacji.

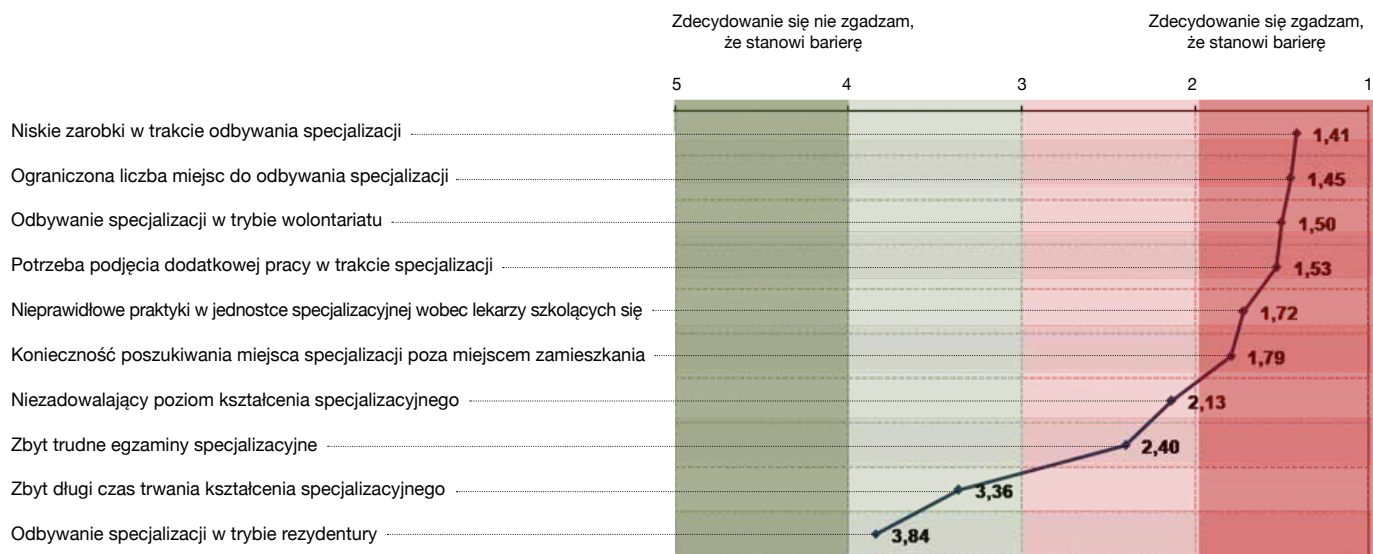
Trudność egzaminów nie jest postrzegana przez młodych lekarzy jako najważniejsza bariera na drodze do uzyskania tytułu specjalisty (Tab. 2). Znacznie większymi problemami są dla nich niskie zarobki w trakcie odbywania specjalizacji, ograniczona liczba miejsc specjalizacyjnych czy odbywanie specjalizacji w trybie wolontariatu. Zdaniem co drugiego respondenta (53,6%) zbyt trudne egzaminy specjalizacyjne stanowią barierę w uzyskaniu tytułu specjalisty, ale co siódmy badany (15%) był przeciwnego zdania. Zwróciliśmy uwagę, że opinie osób, które odbyły już szkolenie specjalizacyjne, wyraźnie różnią się od opinii osób znajdujących się na innych etapach edukacji podyplomowej. Niemal co drugi badany posiadający już specjalizację (42,1%) i jedynie co dziesiąty lekarz w trakcie specjalizacji (10,8%) stwierdził, że zbyt trudne egzaminy nie stanowią bariery w uzyskiwaniu tytułu specjalisty. Może to oznaczać, że skala problemu jest przeszacowana przez osoby, które są przed PES. Lekarze, którzy mają ten egzamin już za sobą, nie sądzą, że jest tak trudny.

Ogólnie, ocena PES przez lekarzy po egzaminie specjalizacyjnym w stosunku do ocen lekarzy w trakcie specjalizacji jest bardziej pozytywna i zróżnicowana. Największe różnice w ocenach bardzo negatywnych pojawiają się w odniesieniu do związku pytań egzaminacyjnych z praktyką specjalizacyjną (49% przed egzaminem vs 79% po egzaminie), braku możliwości wskazania jednej prawdziwej odpowiedzi na pytanie (41% vs 68%) oraz drugorzędności problemów poruszanych w pytaniach (51% vs 70%) czy nieaktualnej wiedzy w wymaganiach egzaminacyjnych (24% vs 42%). Nieco mniejsze są różnice w przypadku negatywnej oceny nieprzewidywalności stopnia trudności pytań (65% vs 82%), jawności pytań egzaminacyjnych (64% vs 80%) oraz sprzecznej i niespójnej wiedzy w wymaganiach

Tab. 1. Średnia ocen aspektów systemu egzaminowania specjalizacyjnego.



Tab. 2. Średnia ocen czynników mogących stanowić bariery w uzyskaniu tytułu specjalisty.



egzaminacyjnych (59% vs 71%). 47% osób po odbytych egzaminie specjalizacyjnym uważa, że problem nieuczciwego rozwiązywania testu nie jest istotny.

Mimo wyraźnych różnic w zależności od etapu edukacji i poprawy opinii w trakcie i po zakończeniu szkolenia, odsetek osób mających negatywne zdanie na temat różnych aspektów PES jest duży. Wskazuje to na konieczność

udoskonalenia również tego elementu systemu kształcenia podyplomowego. Szczegółowe wyniki badania przedstawione zostały Ministerstwu Zdrowia i dyrekcji Centrum Egzaminów Medycznych. Są one dostępne na stronach internetowych NIL. Liczymy, że opinie młodych lekarzy zostaną wzięte pod uwagę podczas planowania i projektowania kolejnych edycji PES. ■

Płacić za rezultat

Mariusz
Tomczak

Holandię stawia się jako wzór do naśladowania, ale konieczne są kolejne zmiany. Po wprowadzeniu reformy zdrowotnej listy oczekujących są krótsze, ale wzrosły nakłady finansowe i ilość skarg pacjentów.

Dostęp do opieki zdrowotnej dla każdego obywatela, nacisk na jakość usług zdrowotnych (mierzoną m.in. wskaźnikami przeżywalności i jakością życia pacjentów z chorobami przewlekłymi), kluczowa rola POZ, dobry dostęp do informacji, wykorzystanie rozwiązań IT, silna rywalizacja prywatnych usługodawców, partnerstwo publiczno-prywatne – prawdopodobnie te czynniki sprawiły, że Holandia jest stawiana jako wzór do naśladowania dla wielu krajów. System działa sprawnie, dobrze oceniają go lekarze i pacjenci, ale bez wprowadzenia istotnych zmian sytuacja zmieni się na gorsze, czego pierwsze symptomy są widoczne już teraz.

W ciągu kilkunastu ostatnich lat w Holandii zwiększyła się ilość wykonywanych świadczeń i średnia długość życia, zmniejszono też kolejki, za to wzrosła ilość roszczeń ubezpieczeniowych i koszty funkcjonowania systemu (obecnie udział całkowitych wydatków na zdrowie przekracza 11 proc. PKB). Od 2008 r. Europejski Konsumentki Indeks Zdrowia (The Euro Health Consumer Index) ocenia holenderski system jako najlepszy w Europie, podczas gdy w rankingu z 2015 r. Polska znalazła się na przedostatnim miejscu*. W systemie ochrony zdrowia Holandii można wyróżnić trzy obszary: długotrwałą opiekę dla chorych przewlekle, podstawową i niezbędną opiekę medyczną (począwszy od wizyt u lekarza rodzinnego po krótkie hospitalizacje i konsultacje lub zabiegi u lekarzy specjalistów), opiekę dodatkową (np. zabiegi stomatologiczne, fizjoterapia).

Każdy lekarz korzysta z komputera

Do gruntownej reformy przygotowywano się od lat 90. ubiegłego wieku. Po jej wprowadzeniu w 2006 r. zmieniła się rola rządu – zamiast kontrolować ilość usług i ich ceny oraz zarządzać dużymi placówkami, decydenci skupili się na ustalaniu „reguł gry” i nadzorze nad działalnością rynku. Teraz świadczenia medyczne realizowane są głównie przez prywatne placówki, choć państwo je oczywiście kontroluje. Władze centralne gromadzą i udostępniają informacje o świadczeniodawcach (np. w internecie publikowane są listy oczekujących i ceny usług). Z powodów finansowych i organizacyjnych wiele lat temu Holendrzy postawili na POZ. Gabinety lekarzy rodzinnych są rozmieszczone tak, aby każdy mógł do nich dotrzeć w ciągu jednej minuty jazdy samochodem. Lekarze POZ dysponują szerokim zakresem udzielanych świadczeń. Żeby nieco ich odciążyć, wzmocniono kompetencje personelu pozalekarskiego (pielęgniarki nie tylko edukują pacjentów, ale i realizują część procedur medycznych). Pacjenci nie podlegają rejonizacji.

Holendrzy zaprzęgli zdobycze nowoczesnej technologii do codziennej pracy lekarzy, którzy do podnoszenia swoich e-kompetencji zostali zmotywowani dzięki premiom finansowym. Efekt? W przychodni czy szpitalu laptop pod pachą lub tablet w ręku lekarza widzi się równie często co stetoskop przewieszony na szyi. – 99 proc. lekarzy korzysta z komputerowych danych historii choroby pacjenta – mówi Edwin Maarseveen, menedżer projektów e-health w Ministerstwie Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu. Dostęp do elektronicznych kart pacjentów ma każdy lekarz bez względu na specjalizację czy



miejsce pracy, bo nie są one własnością jakiegokolwiek podmiotu leczniczego. Działa elektroniczna rejestracja pacjentów i system kontroli przyjmowania leków przez chorych. W ocenie Maarseveena informatyzacja placówek i powszechne wykorzystywanie internetu w społeczeństwie usprawniły działalność całego systemu. To był koszt, który zwrócił się z nawiązką. Na razie pacjenci nie mają dostępu do swoich danych online, ale planuje się wprowadzić taką możliwość (połowa pacjentów chce mieć pełen dostęp do swoich danych).

Więcej konkurencji, większa rola pacjentów

W wyniku reformy powstał jeden obowiązkowy program ubezpieczeniowy, a w centrum systemu znalazły się firmy ubezpieczeniowe. Prywatni ubezpieczyciele konkurują o pacjenta, ale muszą przyjąć pod swe skrzydła każdego, niezależnie od wysokości jego zarobków i bez względu na to, czy jest młody i zdrowy, czy starszy i bardzo schorowany. Tym samym w systemie pojawiły się elementy autentycznej konkurencji oraz wzrosło poczucie indywidualnej odpowiedzialności i rola pacjentów w relacjach z lekarzami, bo to obywatele samodzielnie decydują, do kogo trafi ich składka. – Publiczno-prywatna współpraca jest konieczna – podkreśla Maarseveen. Ubezpieczenie podstawowe jest obowiązkowe dla każdego rezydenta. Składki uiszcza się na dwa sposoby: samodzielnie, wpłacając co miesiąc premię nominalną na konto wybranego ubezpieczyciela, oraz za pośrednictwem pracodawcy, który odprowadzi składkę uzależnioną od wynagrodzenia. Dodatkowo można wykupić dobrowolne ubezpieczenie na poczet świadczeń niepokrywanych przez system obowiązkowy.

Bezpłatne ubezpieczenie przewidziano dla wszystkich osób poniżej 18. roku życia, o ile są ujęte w polisie ubezpieczeniowej rodziców. Pacjenci mogą wybrać rodzaj polisy: gwarantującą brak ryzyka finansowego (w tym modelu wybór świadczeniodawcy może być ograniczony) albo dającą zwrot kosztów (zaletą jest autonomiczny wybór świadczeniodawcy, ale w razie przekroczenia kwoty

limitu pacjent dopłaca z własnej kieszeni). Zresztą większość pakietów ubezpieczeniowych pozwala pacjentom wybierać miejsce leczenia. Będąc niezadowolonym z usługi ubezpieczyciela, można go zmienić raz w roku. Kiedy powstawał obecny system, na rynku działało kilkadziesiąt firm ubezpieczeniowych (obecnie udział czterech największych, spośród których trzy działają na zasadzie non-profit, sięga prawie 90 proc.). I to właśnie one decydują o zawarciu umów ze świadczeniodawcami lub nieprzedłużaniu kontraktu, jeśli poziom świadczonej w nim opieki jest niski. Dane statystyczne, analizy i rankingi stanowią istotną wskazówkę dla ubezpieczycieli, jak leczy się w danej placówce.

(Bez)cenne zdrowie, czyli worek bez dna?

W Holandii działa obecnie ok. 140 szpitali (w tym 8 klinicznych). Zwykle są w rękach prywatnych, ale przede wszystkim działają one na zasadzie non-profit, tak jak firmy ubezpieczeniowe. W ramach szpitali zdecydowana większość specjalistów pracuje w zorganizowanych spółkach. Nie od dziś wiadomo, że opieka szpitalna generuje wysokie koszty, a w ostatnich latach w Holandii znacznie wzrosły jej koszty. – Dziś szpitale pochłaniają 50 proc. wydatków na ochronę zdrowia, a POZ jedynie 12 proc. Trzeba zmienić te proporcje na korzyść POZ – mówi Maarseveen. To jedna z przyczyn, dla których w ojczyźnie Vincenta van Gogha planowane jest wprowadzenie zmian. – System zbudowany w XX w. nie wystarcza – uważa dr Guy Peeters, przewodniczący Holenderskiej Federacji Uniwersytetów Medycznych. Nie tylko w jego ocenie na dłuższą metę nie da się utrzymać istniejącego modelu, m.in. ze względu na konieczność podwyższania nakładów, co po prostu wynika z jego specyfiki (w ostatnich czterech latach nakłady na ochronę zdrowia w Holandii wzrosły o 1 proc., ale kolejki zaczęły się wydłużać, co może sugerować, że kosztowność opieki jest niejako wpisana w istniejący system).

Aby zapobiec dalszej eksplozji wydatków, zmienia się zasady finansowania opieki zdrowotnej.

Kamerun 2016

Prezes OIL w Krakowie Andrzej Matyja, chirurg Jerzy Friediger i Rafał Solecki oraz kilka innych osób uczestniczyło w wyprawie do Kamerunu, podczas której wykonywali trudne zabiegi i szkolili miejscowych lekarzy. Więcej w relacji Georgesa Kamtoha na www.gazetalekarska.pl.



* EHCI jest publikowany od 2005 r. i stał się jednym z najważniejszych sposobów monitorowania opieki zdrowotnej. W ubiegłorocznym rankingu Holandia uzyskała 916 punktów (na 1000 możliwych), a Polska 523 punkty spośród 35 państw, wyprzedzając tylko Czarnogórę. Dla porównania: Czechy uzyskały 760 punktów (tylko o 14 mniej niż Austria), a Słowacja – 653 punkty.

Po pierwsze, koniec z płaceniem za wykonane procedury. Ma nastąpić rezygnacja z zasady „płatność za usługę” na rzecz „zapłaty za rezultat”, co – poprzez jeszcze większą personalizację opieki – powinno wymusić podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych. Nie będzie to łatwe, bo w ostatnich kilku latach, po skróceniu średniego czasu pobytu chorego w szpitalu, doszło do wzrostu ilości ponownych hospitalizacji. Po drugie, kontynuacja odchodzenia od hospitalizacji (w kierunku jeszcze większej opieki ze strony lekarzy rodzinnych) i przenoszenie „łatwiejszych” przypadków z uniwersyteckich centrów medycznych do szpitali ogólnych. Po trzecie, podnoszenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa, dalsze wzmocnienie profilaktyki i jeszcze silniejszy nacisk na zapobieganie chorobom. Nie do końca jeszcze wiadomo, jak sobie poradzić ze wzrostem kosztów wynikających z zakupu i stosowania nowoczesnych technologii. Pewne wydaje się jedno: kraj słynący z wiatraków i tulipanów chce traktować ochronę zdrowia nadal jako inwestycję.

Wskazówki dla Polski: więcej POZ i telemedycyny

Trwa debata nad kierunkiem zmian i testowane są nowe rozwiązania. Ostateczną decyzję podejmą politycy, wsłuchując się w głosy środowiska lekarskiego i organizacji pacjenckich, a prywatni ubezpieczyciele i producenci specjalistycznego sprzętu medycznego i leków będą musieli dostosować modele biznesowe do nowego kierunku rozwoju. Które z holenderskich pomysłów można by wprowadzić w Polsce? – Każdy kraj jest inny i nie da się wprost skopiować wszystkich rozwiązań, ale doświadczenia innych państw, które przeprowadziły u siebie reformy, mogą być inspirujące – uważa Peeters. Co do kilku rzeczy nie ma wątpliwości: powinniśmy odejść od refundacji wykonywanych świadczeń, premiować leczenie oparte na rezultatach, kompleksowo wzmocnić POZ i postawić na telemedycynę. – W Polsce niezwykle ważne jest zwiększenie roli lekarzy pierwszego kontaktu, by chorzy, którzy nie wymagają hospitalizacji, nie trafiali do szpitali – przekonuje. ■

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 wzmocnianie 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”

18.10.2016, 12.12.2016 – „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 radiologiczne zakończone egzaminem (egzaminy płatne 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

Lekarz na granicy

Przemyśl, 370 kilometrów od Warszawy i zaledwie kilkanaście od wschodniej granicy z Ukrainą. Miasto o burzliwej historii i pięknej architekturze. Mieści się tu Bieszczadzki Oddział Straży Granicznej i jeden z największych w Polsce strzeżonych ośrodków dla cudzoziemców, którzy nielegalnie przekroczyli granicę naszego kraju.

**Marta
Jakubiak**

**Lidia
Sulikowska**

Stoimy przed ogrodzonym kompleksem budynków. Kiedyś były tu koszary wojskowe, z czasem pomieszczenia zaadaptowano na potrzeby straży granicznej. Stało też kilka nowych budynków. Teren jest duży i pilnie strzeżony. Na szczęście oficer doktor Iwona Kostecka-Zajac, zastępca kierownika tutejszego ZOZ-u, już na nas czeka i pomaga przejść przez punkt kontrolny. Musimy się wylegitymować, dostajemy przepustki. Przez długi korytarz przechodzimy na przestronny plac. Przed nami kilka budynków otoczonych murem i drutem kolczastym. Co jest po drugiej stronie? Za chwilę będziemy wiedzieć.

Sytuacja jest dynamiczna

W tutejszym ośrodku zdrowia pracuje troje lekarzy. Przy okazji warto wspomnieć, że każdy, zanim zostanie tu zatrudniony, jest szczegółowo sprawdzany, m.in. ustala się, czy nie był karany, co jakiś czas musi składać oświadczenia majątkowe, przejść szkolenie w zakresie ochrony informacji niejawnych.

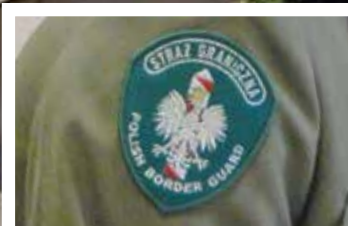
Przychodnia znajdująca się na terenie Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej dba o zdrowie nie tylko imigrantów, którzy przebywają w strzeżonym ośrodku, ale świadczy usługi medyczne także dla funkcjonariuszy mundurowych. Doktor Janina Winczura to lekarz medycyny pracy, która orzeka o zdolności (lub nie) do wykonywania zawodu, a także obejmuje opieką profilaktyczną swoich pacjentów. – Funkcjonariusze co trzy lata mają badania okresowe, co roku ci, którzy pracują z cudzoziemcami. Przysługuje im dodatkowo rozszerzony panel badań i szczepień ochronnych – opowiada doktor Winczura. Jakie choroby najczęściej dopadają funkcjonariuszy? – Większość moich podopiecznych to młodzi, zdrowi ludzie, głównie mężczyźni. Najczęściej przytrafiają im się urazy, bo taka jest specyfika tej pracy, że łatwo o kontuzje – opowiada. Jak pracuje się z pacjentami należącymi do zamkniętej, można powiedzieć elitarniej grupy ludzi w straży granicznej? – Mamy dobry kontakt. Oczywiście zdarzają się pacjenci roszczeniowi, jak wszędzie. Wpychają się poza kolejką, szczególnie ci młodszy, i chcą wszystko na już, ale ja mam na nich swoje sposoby – śmieje się pani doktor.

Musimy niestety przerwać rozmowę, bo jakiś pacjent na korytarzu mocno się niecierpliwi, o czym donosi jedna z pielęgniarek.

Doktor Iwona Kostecka-Zajac, która na co dzień jest lekarzem w tutejszym ZOZ-ie, a także w strzeżonym ośrodku dla imigrantów, to pracownik mundurowy. – Dlaczego tylko pani jest funkcjonariuszem? – pytamy. – Bo nie ma wymogu, żeby lekarz nim był – odpowiada krótko. Najpierw została lekarzem, potem zdecydowała się na służbę w straży granicznej. – To wyszło jakoś naturalnie. Ukończyłam akademię medyczną, odbyłam staż i od razu rozpoczęłam karierę w straży granicznej. Po ośmiu latach służby skończyłam szkołę oficerską. Zawsze pociągał mnie mundur. To był też czas, kiedy lekarze mundurowi mieli nieco lepsze płace niż cywilni. Teraz proporcje się odwróciły, ale są inne zalety służby: wcześniejsza emerytura, dodatkowo mam tu obowiązki pozamedyczne pozytywnie podnoszące adrenalinę, takie jak ćwiczenia i szkolenia typowe dla służb mundurowych, strzelnica czy wypad w pełnym umundurowaniu na „zieloną granicę”. Lubie, kiedy coś się dzieje – uzasadnia z uśmiechem. Czy lekarzowi w mundurze straży granicznej jest aż tak dobrze? – Jasne, że nie. Muszę stawiać się na każde wezwanie, nie mogę powiedzieć, że jestem po pracy i nie przyjadę. Czasem trzeba otoczyć opieką lekarską manewry funkcjonariuszy w terenie, a innym razem ćwiczenia grupy pirotechnicznej. Nie ma rady, trzeba jechać wtedy na poligon i zabezpieczyć dane wydarzenie. Pracy jest dużo, dziecko mówi do mnie tata, bo bywam gościem w domu. No, ale gdyby było tu źle, to przecież szukałabym innej pracy. Nie pieniądze są najważniejsze – zaznacza i po chwili dodaje: – Chodźmy zobaczyć ośrodek.

Za bramą

Na to czekałyśmy z niecierpliwością. Idziemy żwawym krokiem do oddalonego o kilkadziesiąt metrów budynku. – Szczepienia? – pyta jedna z mijających nas osób. – Wy mnie tylko ze strzykawką kojarzycie! – odpowiada z uśmiechem pani doktor. Chyba nie ma tu osoby, która by jej nie знаła. Docieramy przed metalową bramą. Przed wejściem wisi tabliczka z napisem: Strzeżony Ośrodek dla Cudzoziemców. – Proszę nie fotografować ▶



osób znajdujących się na terenie – zostajemy pouczane, potwierdzamy, że zrozumieliśmy. Wchodzimy. Doktor Kostecka-Zajac nie ma na sobie munduru ani innych symboli świadczących o tym, że jest funkcjonariuszem straży granicznej. Tu jest przede wszystkim lekarzem ubranym w fartuch medyczny. – Chętniej rozmawiam z nieumundurowanymi funkcjonariuszami, mundur może czasem stwarzać bariery – wyjaśnia.

Po lewej budynek dla mężczyzn, po prawej dla kobiet. Pomiędzy mały dziedziniec, na nim kilka osób spacerujących albo rozmawiających ze sobą, w głębi przejście na boisko, plenerową siłownię i plac zabaw. Ośrodek może pomieścić 150 imigrantów, ale obecnie przebywa tu około 40, w tym dwuletnie dziecko. Takich strzeżonych ośrodków jak ten w Przemyślu na terenie Polski jest kilka. Powstały po przystąpieniu naszego kraju do strefy Schengen.

Umieszczane są tu osoby, które przekroczyły granicę nielegalnie. Polska jest dla nich krajem docelowym, transferowym lub znalazły się w niej przypadkiem, jak dwaj mężczyźni z Afryki, którzy planowali dotrzeć do Niemiec. Na południu Europy rozcięli plandekę w polskim tirze, ukryli się w naczepie i co jakiś czas podglądali, gdzie się znajdują. Kiedy zobaczyli szyld jednego z marketów o zachodnim kapitale, nazwy nie będziemy wymieniać z oczywistych względów, uznali, że są w kraju docelowym i wyskoczyli, kiedy samochód zatrzymał się na czerwonym świetle. Zauważył to jeden z kierowców i zawiadomił policję. Znalaziono ich ukrytych w jakichś krzakach i przewieziono do ośrodka.

– Trafiają tu m.in. Ukraińcy, Irańczycy, Libańczycy, Wietnamczycy, Czeczeni, Pakistańczycy, Chińczycy czy obywatele Sri Lanki, w tym wielu zamożnych – uważa pani doktor.

Wchodzimy do jednego z budynków. Po lewej jest ambulatorium, w głębi korytarza izolatka. Codziennie od 7.30 do 21.30 pełnią tu dyżury pielęgniarki. Widzimy ponumerowane pojemniczki na leki, które wydawane są jak na szpitalnym oddziale. Osadzeni nie mogą być w ich posiadaniu i zażywać bez kontroli personelu me-

dycznego. Na szafie zauważamy izolator transportowy. – Na szczęście jeszcze nie był potrzebny – uśmiecha się pani doktor. Wchodzimy do izolatki.

Dobry, kiedy daje, czego chcą

Każda osoba, która trafia do ośrodka, zostaje zbadana. – Musimy ocenić stan zdrowia zatrzymywanych tu ludzi – mówi doktor Kostecka-Zajac. Spotkanie z lekarzem odbywa się w izolacie. Każdy wypełnia szczegółową ankietę (są w różnych językach), zostaje sprawdzony pod kątem chorób zakaźnych, a kiedy zajdzie taka potrzeba, zaszczepiony. – Czasem trzeba ściągać tłumacza, żeby pomógł się porozumieć, ale to na szczęście sporadyczne sytuacje. Ostatnio pewien Irakijczyk wymagał konsultacji psychologicznej, dlatego skorzystaliśmy ze wsparcia tłumacza z Rzeszowa. Bez niego nie dalibyśmy rady przeprowadzić prawidłowo konsultacji specjalistycznej. Na co dzień nie mamy problemu z komunikacją – wyjaśnia.

Gdy ktoś z przebywających w ośrodku chce się widzieć z lekarzem, musi o tym poinformować funkcjonariusza lub pielęgniarkę. Wizyta zazwyczaj odbywa się jeszcze tego samego dnia. Gdy sprawa jest pilna, interwencję medyczną trzeba podjąć niezwłocznie. Wówczas pomoc przychodzi niemal natychmiast. Na wizyty u specjalistów czeka się kilka dni. Pacjentów do lekarza doprowadza strażnik. Wszystko musi być pod kontrolą. Bardzo wiele działań nie może odbyć się bez wiedzy i zgody naczelnika ośrodka, dotyczy m.in. transportu chorego do szpitala czy wyjścia do specjalisty. Na wszystko musi być kwit.

Jak często osadzeni chcą się widzieć z lekarzem? Z jakich powodów proszą o wizytę? – Różnie. Są tacy, którzy proszą o lekarza, bo faktycznie potrzebują pomocy, jednak często są to niestety wezwania niezasadne. Symulują choroby, bo liczą, że dzięki temu opuszczą teren ośrodka lub ze względu na zły stan zdrowia zostaną przeniesieni do innej placówki dla imigrantów, otwartej. Są dobrze poinformowani i wiedzą, co mówić, aby udawać chorobę. Wszystko po to, by choć na chwilę się stąd wydostać. Kiedy orientują się, że nie dopną



Iwona Kostecka-Zajac

Janina Winczura

swego, niektórzy są zdolni dokonać nawet samookaleczenia – opowiada doktor Kostecka-Zajac. – Kiedy do tego dojdzie, robimy wszystko, aby udzielić im pomocy w ramach ośrodka, tu na miejscu. Nie zawsze się to jednak udaje. Bez problemu poradziłam sobie z pacjentem, który zaszył sobie usta, ale w przypadku pokłnięcia noża potrzebna już była interwencja w szpitalu. Determinacja tych ludzi jest wielka. Wspomniany pacjent nie zgodził się na gastroscopię, ale zaczął współpracować dopiero wówczas, gdy nóż utkwiał w żołądku i było naprawdę źle. Trzeba też zwracać baczną uwagę na tych, którzy zawsze twierdzą, że czują się dobrze i nic im nie dolega. To ludzie, którzy często wstydy się mówić o swoich problemach. Czasem są to ofiary przemocy, której doświadczyły wcześniej – wyjaśnia.

Jaki imigranci mają stosunek do lekarzy? – Doktor jest dobry, kiedy daje to, czego chcą. A chcą wielu rzeczy, i to nie zawsze medycznych. Proszą nas na przykład o poparcie prośby do naczelnika o zakup przedmiotów codziennego użytku, których nie ma na liście dopuszczonej w ośrodku. Ostatnio udało mi się uzyskać zgodę na użytkowanie szczoteczki elektrycznej dla pacjenta, który miał problem z implantami. Wyprosiłam też małe odstępstwo od diety dla dziecka, które nie chciało jeść tego, co serwowała kuchnia i wchodziło w skład dopuszczonego tu menu. Często proszą nas o rzeczy wykraczające poza świadczenia medyczne. Czasem trzeba ich wysłuchać, tak po ludzku, bo tego wymaga sytuacja – wyjaśnia pani doktor. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że pobyt nielegalnego imigranta w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców trwa zazwyczaj kilka miesięcy. Tyle trwają procedury wyjaśniające oraz wydanie decyzji o zgodzie na pobyt w naszym kraju lub deportację. Na przykład aż trzy miesiące mają ambasadory na potwierdzenie obywatelstwa i tożsamości człowieka.

Pacjenci z zagranicy

Jak mówi doktor Kostecka-Zajac, są tu różni ludzie. Jedni się skarżą, inni chwalą. Wietnamczycy i Afrykańczycy są cisi, grzeczni, ugodowi, z kolei

Czeczeni i Gruzini często bywają roszczeniowi. Do każdego trzeba podchodzić indywidualnie, a podczas wizyty brać pod uwagę nie tylko stan zdrowia pacjenta, ale także jego odrębność kulturową i religijną. To wszystko należy uwzględnić, wykonując badania i przy doborze terapii. Na przykład w czasie ramadanu trzeba tak zalecić podawanie leków, by przestrzegający postu mogli je przyjąć i nie wolno włożyć szpatułki do buzi chorego, badając jamę ustną. Pytamy, czy wyznawcy islamu mają problem z tym, że badanie wykonuje kobieta. – Dziewięćdziesiąt procent pacjentów nie. Jeżeli napotykam na jakiś opór, to dotyczy on raczej badań związanych z miejscami intymnymi, ale zazwyczaj po spokojnej rozmowie udaje się większości osób przekonać, że jestem po prostu lekarzem, tu nie ma pici. Jedynie w przypadku konsultacji ginekologicznych kobietę bezwzględnie musi badać kobieta – opowiada doktor Kostecka-Zajac.

Zielona linia

Na przejściach granicznych nie ma lekarzy. Pojawiają się tylko w razie pilnej potrzeby. – Są co prawda pokoje do badań lekarskich, ale na stałe nie dyżurują tam służby medyczne. Gdy ktoś potrzebuje pomocy, wzywana jest karetka. Chory zostaje przewieziony do najbliższej przychodni lub do szpitala. Każde przejście graniczne ma podpisaną umowę z odpowiednim podmiotem medycznym – informuje nas Elżbieta Pikor, rzecznik prasowa bieszczadzkiego oddziału, którą poznajemy podczas pobytu w ośrodku.

To był bardzo intensywny dzień. Pełen emocji i refleksji, nie tylko nad specyfiką pracy lekarza, ale także nad wyborami ludzi, którzy są gotowi zaryzykować własne zdrowie, wolność, czasem życie, żeby zacząć wszystko od nowa albo uciec od tego, co mieli dotychczas. Dlaczego? Zapewne nie ma jednej odpowiedzi. Przed nami długa droga powrotna, ale to dobra podróż – do bezpiecznego, spokojnego domu we własnym kraju. ■



**Maria
Domagała**

Pacjenci wszędzie dopłacają

We wszystkich krajach UE pacjenci dopłacają do utrzymania systemu ochrony zdrowia. W niektórych obok opłat oficjalnych istnieją nieformalne, czyli zwykła korupcja i czarny rynek usług medycznych. Kwestia dopłat pacjentów, choć niebagatelna, bywa też przedmiotem gry politycznej: jedna ekipa je wprowadza, następna – znosi lub obniża, jeszcze inna – woli w ogóle nie wprowadzać.

Włochy

Z OOP (out of pocket) pochodzi 20 proc. środków na zdrowie; pacjent może te wydatki odpisać od podatku. Poziom i zakres opłat i dopłat reguluje prawo krajowe, ale regiony mogą mieć własne rozwiązania. Same decydują o odpłatności za leki, niektóre refundują usługi dentystyczne dla starszych. Pacjenci dopłacają za porady specjalistyczne, procedury diagnostyczne; za porady prywatne i leki OTC opłata jest pełna. Zwolnieni ze współpłacenia są: kobiety w ciąży, dzieci do lat 14, osoby po 65. r.ż., zarabiający poniżej 36 tys. euro rocznie, chorzy przewlekle i na choroby rzadkie, niepełnosprawni.

Jednorazowa opłata za procedury jest ograniczona do ok. 36 euro. Przyjmowany do szpitala płaci 25 euro (poza nagłymi przypadkami), w szpitalu usługi podstawowe są bezpłatne, także na ogół sprzęt medyczny, opatrunki. Za długoterminową opiekę stacjonarną są dopłaty – w regionach bardzo zróżnicowane. Opłaty nieformalne spotyka się zwłaszcza na wsi. Nierzadko lekarzom ogólnym za poradę płaci się... żywnością.

Grecja

Ponad połowa wszystkich wydatków na zdrowie to OOP; opłaty bezpośrednie i nieformalne są największe w UE. Powód: duży rozróż między oficjalnym poziomem refundacji a faktycznymi cenami usług zdrowotnych. Za leki na receptę każdy ubezpieczony dopłaca do 25 proc., środki na ciężkie choroby są bezpłatne, emeryci i chorzy przewlekle dopłacają 10 proc. Za poradę specjalisty – 3 euro (w zależności od ubezpieczyciela refundowana lub nie; rolnicy i emeryci są zwolnieni); za prywatne świadczenie specjalistyczne w publicznej placówce – od 25 euro w ośrodku terenowym do 90 euro w szpitalu uniwersyteckim (na ogół nierefundowane). Opieka w publicznym szpitalu jest za darmo, ale dopłaca się za lepsze warunki, niektóre leki, badania laboratoryjne i diagnostyczne. Porada GP jest zasadniczo bezpłatna, a niektóre fundusze częściowo refundują nawet usługi prywatne (do ok. 40 proc.), za badania diagnostyczne pacjent dopłaca do 30 proc.

Dużym problemem jest czarny rynek usług medycznych. Opłaty nieformalne to 17 proc. wszystkich wydatków na zdrowie. Wręczanie łapówek w obawie przed złą obsługą lub wręcz na żądanie lekarza potwierdza 36 proc. Greków.

Słowenia

Z dopłat są zwolnione tylko dzieci, chorzy przewlekle, ubodzy i bezrobotni. Wydatki OOP refunduje popularne tu dodatkowe ubezpieczenie. Współpłacenie wynosi od 5 do 75 proc. ceny usług lub leków. Bezpośrednio płaci się za usługi nieobjęte ubezpieczeniem, bez skierowania, poza kolejką, ponadstandardowe (np. hotelowe w szpitalu), prywatnego dentysty. Przeciętny Słoweńiec wydaje na zdrowie z własnej kieszeni ponad 355 euro, w tym za refundowane świadczenia i leki – średnio 150 euro.

Węgry

W całkowitych wydatkach na zdrowie 24 proc. stanowią OOP. Współpłacenia wymagają leki poza szpitalem, wyroby medyczne (np. opatrunki, protezy), także usługi uzdrowiskowe, długoterminowe, lepszy standard w szpitalu. Ceny za pobyt w szpitalu (hotelowe) i np. protez zębowych są limitowane, dopłaty w opiece długoterminowej wynoszą 1,5 euro dziennie. Sieroty, niepełnosprawni, chorzy przewlekle itp. korzystają z tzw. kwoty celowej (45 euro miesięcznie plus 24 euro na nagłe potrzeby); wydatki ponad ten pułap są OOP. Praktykowane są opłaty nieformalne: „koperta”, „dowód wdzięczności”, także przy usługach bezpłatnych – to spuścizna po socjalistycznej służbie zdrowia.

Czechy

Po transformacji świadczenia zdrowotne były wolne od opłat poza częścią leków i wyrobów medycznych. Od 2008 r. weszły dopłaty: za poradę lekarską, wypisanie recepty, świadczenie poza godzinami przyjęć, dniówkę w szpitalu i in. Dopłaty pacjentów to temat chętnie podejmowany w grze politycznej. W 2015 r. w dużej części je uchylono – została tylko opłata za dobę w szpitalu (jednak

obniżona z 4 do 2,4 euro) i za świadczenia poza godzinami przyjęć. Po przekroczeniu 200 euro rocznie (100 euro dla osób poniżej 18. i powyżej 65. r.ż.) przysługuje refundacja. Tych opłat nie ponoszą ubodzy, kobiety w ciąży, noworodki, dzieci chore przewlekle, dawcy organów. Opłaty bezpośrednie są za leki OTC, wyroby medyczne, świadczenia nieobjęte ubezpieczeniem. Ciekawe, że mają prawo je przyjmować niektórzy specjaliści, a także szpitale – za ponadstandardowe warunki pobytu. Stomatologia w 42 proc. jest OOP, ubezpieczenie refunduje tylko samą usługę i najtańsze materiały.

Według Międzynarodowego Barometru Korupcji w 2013 r. 15 proc. Czechów dokonywało opłat nieformalnych – by skrócić oczekiwanie na świadczenie lub dla lepszych warunków jego wykonania.

Słowacja

Obowiązują tu niewysokie opłaty za recepty, pobyt w uzdrowisku (opłata hotelowa). Usługi GP i specjalistów są darmowe (wyjątek – stomatologia). Leczenie poważniejszych chorób jest w pełni refundowane. System, jak w Czechach, jest zależny od politycznej koniunktury, np. rządzący w latach 2006–2010 ograniczyli wiele opłat (np. za receptę z 0,66 euro do 0,17 euro), inne zniesli (za dniówkę w szpitalu, poradę GP i specjalisty).

Bulgaria

Współpłacenie dotyczy większości świadczeń refundowanych: porada GP, specjalisty, dentysty, procedury laboratoryjne i szpitalne. Przepisy określają wysokość opłat i dopłat. I tak za poradę ambulatoryjną jest to do 1 proc. minimalnego miesięcznego wynagrodzenia, a za dzień hospitalizacji – do 2 proc. (do 10 dni w roku). Dzieci, kobiety ciężarne, niezdolni, bezrobotni, emeryci nie płacą lub mają ulgi.

Refundowane są tylko leki z listy pozytywnej i przepisane przez lekarza. Opłaty bezpośrednie trzeba wносить za usługi nieobjęte ubezpieczeniem, niektóre stomatologiczne, implanty, okulary, część leków, a także refundowane procedury poza kolejką lub bez skierowania. Ponad 54 proc. Bułgarów przyznaje, że nieoficjalnie płaci za usługi... oficjalnie bezpłatne. Poza ewidencją jest ok. 47 proc. opłat OOP.

Łotwa

W budżecie publicznego systemu ochrony zdrowia 14 proc. stanowią OOP. Współpłacenie dotyczy wszystkich świadczeń. Przed nadmiernym obciążeniem chronią pułapy wydatków oraz zwolnienia z opłat, które dotyczą np. dzieci, kobiet w ciąży i po porodzie, chorych przewlekle, ubogich. Opłaty: za hospitalizację – 13,5 euro za pierwszy dzień, 7,13 euro za każdy następny, za procedury diagnostyczne i inne – 35 euro, za zabieg chirurgiczny – 42,77 euro, za konsultację specjalistyczną poza szpitalem – 4,28 euro, za poradę GP – 1,4 euro. Są trzy poziomy refundacji leków: 100 proc. (wtedy pacjent płaci tylko 0,7 euro za wypisanie

recepty), 75 i 50. Usługi stomatologiczne są płatne bezpośrednio. Na wydatki na drogę świadczenia szpitalne i specjalistyczne jest limit do 570 euro rocznie i 356 euro jednorazowo (wydatki ponad limit – refundowane). Dochody poniżej 128 euro na członka rodziny zwalniają z opłat.

Opłaty bezpośrednie są pobierane: za usługi poza refundacją, refundowane – ale bez skierowania, z pominięciem listy oczekujących, u świadczeniodawców bez kontraktów. O opłatach nieformalnych brak oficjalnych danych, ale obecność korupcji w ochronie zdrowia potwierdza 55 proc. Łotyszy (a np. Niemców – 12 proc., Finów – 1 proc.).

Estonia

Jedna czwarta środków na ochronę zdrowia pochodzi z OOP. Dopłaca się do leków i niektórych procedur – maksimum 50 proc. ceny. Obowiązują też zryczałtowane opłaty za poradę specjalisty i pobyt w szpitalu. Za lepsze warunki szpital może żądać dopłaty. Bezpłatne opłaty dotyczą usług spoza koszyka świadczeń refundowanych. Wizyta u lekarza rodzinnego jest bezpłatna, ale wizyta domowa – już nie.

Stosuje się opłatę od recepty plus cena leków według zasad refundacji, której podstawowa stawka to 50 proc., przy najcięższych chorobach 100 proc., przy przewlekłych – 75. Wydatki ponad 383 euro rocznie uprawniają do zniżek.

Polska

Z prywatnych kieszeni pokrywane jest 30 proc. wydatków na ochronę zdrowia. Największa ich część to współpłacenie – głównie za leki. Dopłaty do leków na receptę są różne: za tzw. podstawowe pacjent płaci ryczałt, za uzupełniające – 30, 50 albo i 100 proc. ceny. Chorzy zakaźnie, psychicznie, przewlekle mają refundację wg odrębnych zasad; może to być nawet refundacja pełna. Do leków nie dopłacają m.in. inwalidzi wojenni, wojskowi, dawcy krwi i organów. Za przedmioty ortopedyczne i pomocnicze pacjenci płacą do 50 proc. ceny, pokrywają część kosztów wyżywienia i zakwaterowania w sanatoriach (dorośli) i zakładach opieki długoterminowej. Nie ma pułapu tych dopłat. O dopłatach np. za poradę lekarską oraz wprowadzeniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dyskutuje się od lat – bez rezultatu. Oficjalnie w Polsce nie ma więc współpłacenia za świadczenia publiczne, płacimy jednak (wydatki bezpośrednie) za prywatne (w 2009 r. – 6,7 mld zł, z czego 50 proc. na stomatologię, reszta – na usługi ambulatoryjne, głównie specjalistyczne, leki OTC, materiały medyczne). Według CBOS, w ciągu drugiego kwartału br. Polacy wydawali na leki (nie tylko na receptę) średnio ponad 400 zł.

Opłaty nieformalne istnieją i mogą mieć formę prezentów, datków na niedofinansowane placówki (tzw. cegiełki) i kwoty wręczanych bezpośrednio lekarzom – głównie w szpitalach. Ich skala nie jest duża: wg GUS w 2006 r. było to ok. 2 proc. bezpośrednich wydatków na ochronę zdrowia, a w 2009 r. – 1,5 proc. Spadek to skutek działań antykorupcyjnych, w które włączyli się lekarze. ■

Na podstawie: Health System Review: Bulgaria, Czech Republic, Estonia, Greece, Hungary, Italy, Latvia, Polska, Slovakia, Slovenia.



Joanna
Sokołowska



FOTO: Adobe Stock

Drodzy Koledzy na Urlopie!

Obok listy dyżurowej, w naszym pokoju lekarskim zawisła przysłana przez Was pocztówka z widokiem: błękitne morze, złota plaża, bezludzie. I dopisek – „Żałujcie, że Was tu nie ma...”.

Zadnego „Si tu vales, bene est, ego valeo”. Tylko – „żałujcie”... No pewnie, że żałujemy! I to Wy, którzy niebawem zamienicie się z nami rolami, strzelacie do nas – bohaterów na wysuniętej placówce – pociskiem pocztówki z raju?! W atawistycznym odruchu postanowiłam Wam odpisać, chociaż wiem przecież, że prawdziwych listów z wakacji to już nikt nie pisze... Zniknęły, podobnie jak telefony ze słuchawką na poskręcany kablu, kasety VHS i kanapki szykowane przed podróżą. O takich, „analogowych” listach, pisanych na ozdobnej papeterii (czy choćby na wyrwanych z zeszytu kartkach), przypominam z łezką w oku wszystkim tym, którzy na własnej skórze doświadczali przyjemności rozcinania zaklejonej (pardon!) „na ślinę” koperty.

O tempora, o mores! Nawet Wy, zwolennicy tradycyjnej letniej epistolografii, ograniczacie się do wysłania pocztówki z enigmatyczną pochwałą letniej kanikuły. Oczywiście, doceniamy Wasz wysiłek! Lepsze to, niż zamknięte w stu sześćdziesięciu znakach krótkiej wiadomości tekstowej pozdrowienie z bliższych lub dalszych zakątków świata, okraszone umiejętnie wplecionym przekazem – jest nam tym lepiej, im jesteście od Was dalej.

Nie martwcie się, u nas (na szczęście!) nic nowego. Ci, których urlop niepostrzeżenie już minął, wracają do swoich obowiązków nastroszeni melancholijnie i jakoś tak bez spodziewanego entuzja-

zmu. Pozostali, trochę bledsi, trochę śpiący, trochę bardziej milczący, liczą dni do Waszego powrotu. Wszyscy – choć każdy z innych pobudek – śledzą komunikaty meteorologiczne. Bo lato, jak zauważyliście, jest w tym roku upalne. W naszym oddziale, który opuszczaliście kilkanaście dni temu w takim pośpiechu, też jest gorąco. W salach południowych (tak, dobrze pamiętacie, że w zasadzie to wszystkie nasze sale mają okna po południowej stronie) słoneczna patoka otacza nas już od wczesnych godzin porannych. Im jednak bliżej piętnastej, tym ciepłe promienie (o matko, jakie ciepłe!) przesuwają się ku zachodowi, ogrzewając coraz bardziej nasz pokój lekarski. Dzięki temu doskonale rozumiemy, jak ciężko Wam jest znosić południowoeuropejskie, a nawet te równikowe, upały. Słyszeliśmy o gwałtownych burzach nad starym kontynentem, nam też zdarzają się wyładowania – niekoniecznie atmosferyczne...

Nie, klimatyzacji nadal nie mamy.

Tak, był kilka razy Pan Fachowiec z firmy Klimasziema. Pokazał nam katalogi ze swoją ofertą – poczułyśmy, jak od samego patrzenia na nie robi się chłodniej. Przy kolejnej wizycie przedstawił kosztorys – trochę się spociliśmy z wrażenia, ale cóż – komfort kosztuje. Okazało się, że „jednostka zewnętrzna klimatyzatora” (to ta część, która robi z ciepłego mniej ciepłe i wisi nad oknem) musi zostać zamontowana po przeciwnej stronie budynku. Pan zaproponował



przekucie kilku szpitalnych ścian, nie gwarantując przy tym bezpieczeństwa instalacji gazów medycznych („bo w tym szpitalu, drogie panie, wszystko jest takie na wariata!”). Nie chcieliśmy „na wariata”. Czekamy na moment, kiedy będzie mniej pacjentów. Na razie pacjentów jest więcej, ale na szczęście „od świętej Anki zimne wieczory i poranki”, więc do końca wakacji jakoś przetrwamy...

Bo pacjenci to chyba nie mają wakacji. Jak tylko wyjechaliście, zrobiło się ich jakoś więcej. Przybyło też dokumentów do wypełnienia, pieczętek do przystawienia, recept do wypisania, załączników i kwestionariuszy – urzędnicy Narodowego Funduszu Zdrowia też mają gorący okres. Poza tym, po raz kolejny, nasi podopieczni zaskoczyli nas swoim własnym, odmiennym od opisanego w podręcznikach medycyny, pomysłem na wydawałoby się znane nam dolegliwości. Ale przecież najbardziej w naszej pracy fascynujące jest właśnie to, że „nic dwa razy się nie zdarza” i każdy może zostać doktorem Housem!

Jak by nie patrzeć, wszyscy są więc już trochę zmęczeni tymi urlopami. Niektórzy nawet po kątach zaczynają szeptać, że nie lubią lata.

Jeśli odpoczywają wśród Was koledzy innych specjalności, przekazcie im, proszę, że ich z pewnością też ominęło wiele medycznych atrakcji. Utwierdziło mnie w tym przekonaniu wczorajsze spotkanie w drodze do pracy. Spotkałam doktora W. Zamiast tradycyjnego utyskiwania, wyrecytował mi napisany przez siebie wiersz – „Idą do mnie (po mnie)”. Wiersz był biały, choć w klimacie noir. Mocna rzecz – podmiot liryczny w gabinecie lekarskim przeżywa emocjonalne tsunami przed rozpoczęciem dyżuru. W. napisał ten wiersz po pewnym dyżurze chirurgicznym, który pełnił w trakcie trwającego w naszym mieście festiwalu muzyki elektronicznej czy może hip-hopowej. Wyraził w nim wszystko to, co i Wy myślicie, wchodząc do poradni i widząc piętrzące się stosy historii chorób pacjentów znanych i lubianych. Zacytowałabym chętnie, ale W. po mistrzowsku deklamuje swój tekst sam – poproście go przy najbliższej okazji.

Jeśli gdzieś tam, na Waszą rajską wyspę czy w mazurską głuszę dotarła medialna informacja, że my tu umieramy z przepracowania, nie wierzcie w to. To oczywiście przesada! Przecież wszyscy mamy zapewnione wygodne krzesło przy biurku, komputer, fotel, kanapę, a niektórzy to nawet telewizor. I na dyżurach głównie odpoczywamy. Po wszechnie wiadomo, że umrzeć w pracy to można najwyżej z nudów...

Pewnie, jak zawsze, interesują Was kwestie finansowe. Otóż w związku z nadchodzącymi dobrymi zmianami – forsy więcej nie będzie.

Wracajcie więc wreszcie, proszę!

Cura, ut valeas! – bo teraz to my pojedziemy na wakacje...

P.S. Wszystkie opisane sytuacje i osoby są prawdziwe i mogły zdarzyć się naprawdę. ■





**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Artysta, który przy okazji leczył

Tak o Andrzeju Szczekliku, wybitnym krakowskim lekarzu, kardiologu, pulmonologu i internście, uczonym, pisarzu i filozofie medycyny, powiedział kiedyś kompozytor Zygmunt Konieczny.

Był on jednym z jego przyjaciół i pacjentów, w gronie których znajdowała się cała gama elity podwawelskiej kultury, od Piotra Skrzynickiego, Anny Dymnej, Stanisława Radwana, Andrzeja Wajdy, Jerzego Turowicza, aż po ludzi pióra tej miary co Czesław Miłosz, Stanisław Lem, Sławomir Mrożek, Józef Tischner czy Wisława Szymborska (ostatnia jego pacjentka, która poszła do wieczności zaledwie po dwóch dniach od jego przedwczesnej śmierci).

Zmarł nagle na zawał serca, połączony z zapaleniem płuc, w 74. roku życia. Przez 40 lat był kierownikiem Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Krakowie, w latach 90. rektorem tej Akademii, a następnie prorektorem do spraw Collegium Medicum UJ, kiedy to przyczynił się do włączenia wydziałów medycznych do Uniwersytetu.

W dziedzinie medycyny zajmował się naukowo astmą oskrzelową i prowadził badania nad prostacykliną. Opublikował w kraju i za granicą około 600 prac z zakresu medycyny oraz kilka monografii i podręczników. Szerokie grono przyjaciół i admiratorów podkreślało pracowitość Profesora, fantazję, dowcip, rozległość wiedzy z różnych dziedzin, otwartość na człowieka i przestrzeganie praw pacjenta. Mówiono o nim: „Lekarz w poszukiwaniu duszy”. On zaś często powtarzał: „Lekarz powinien chcieć i umieć słuchać chorego... Medycyna to sztuka rozmowy”. Często również dodawał: „W gruncie rzeczy medycyna to bardzo humanistyczna nauka”.

Po jego śmierci Andrzej Vetulani napisał: „Budził olbrzymie zaufanie, budził nadzieję, leczył dotykiem i słowem... Był fizycznie i duchowo skonstruowany w taki sposób, że prawie każdy jego znajomy czuł się równocześnie jego przyjacielem”.

Ale on nie tylko leczył. W młodości studiował grę na fortepianie. Wiele lat jeździł na nartach. Całe życie

słuchał muzyki. Szczególnie uwielbiał twórczość Jana Sebastiana Bacha. Z pasją zagłębiał się w przeszłość. Antyk, mity greckie i rzymskie, początki medycyny, zagadnienia religijne i estetyczne, poezja, muzyka – oto dziedziny, które zgłębiał i z których czerpał. Często powiadał, że „medycyna i sztuka mają wspólny rodowód – magię”.

Napisał trzy książki o wymiarze ponadczasowym, wykraczające śmiało i fascynująco poza problemy stricte medyczne:

„Katharsis – O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki” (2003).

„Kore – O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny” (2007).

„Nieśmiertelność – Prometejski sen medycyny” (2012).

W drugą rocznicę śmierci tego niezwykłego lekarza, człowieka renesansu, humanisty, erudyty i postaci niemal mitycznej ukazała się rozmowa z Andrzejem Szczeklikiem z jego przyjacielem Jerzym Illgiem. Profesor opowiada o dzieciństwie, lekturach, domu rodzinnym, przygodach na zagranicznych stażach, działaniu w „Solidarności” i represjach stanu wojennego, kontaktach z papieżem, wyprawach w góry, syberyjskich szamanach i egipskiej Księdze Umarłych. Wszystko to pomaga zrozumieć, skąd biorą się ludzie wyjątkowi i jak zdobyć receptę na realizację marzeń.

Piszę o tym wszystkim w nadziei, że moi czytelnicy – zwłaszcza coraz młodszych roczników – sięgną po dorobek literacki jednego z najwybitniejszych lekarzy naszych czasów. Warto te książki mieć pod ręką i do nich wracać, aby duchowo posilić się i wzmocnić talentem, wiedzą i mądrością, jaką pozostawił nam Andrzej Szczekliki. ■

Trzeba trochę

Kilka lat temu zacząłem zbierać materiały do „Słownika zwrotów – wytrychów i nic nieznaczących odpowiedzi na nic nieznaczące pytania”. Zainspirowało mnie amerykańskie „How are you?”, które przecież nie jest zadawane po to, żeby rzeczywiście wiedzieć, jak się ma adresat pytania.

Tak samo amerykańskie odpowiedzi typu: „I’m fine”, „Great”, „Very good” nie mają żadnego związku ze stanem faktycznym.

Jestem pewien, że gdyby ktoś zbadał, jakie są ostatnie słowa, wypowiedziane na łożu śmierci przez mieszkańców Nowego Jorku czy Chicago, „Czuję się świetnie” byłoby w takim zestawieniu wysoko. Jedna ze słuchaczek mojej audycji zauważyła, że w polszczyźnie tego typu sformułowania mają nawet kontekst branżowy. Z obserwacji tej pani wynika, że na przykład księży, odpowiedzi na swoje nic nieznaczące pytanie kwitują często sformułowaniem „No to pięknie”. Przykład podany przez słuchaczkę:

Ksiądz: Co tam u mamy, Agnieszko?

Ja: A coś ją ostatnio biodro boli.

Ksiądz: No to pięknie.

Wyobraziłem sobie rozmowę cytowanego przez panią Agnieszkę księdza z kimś, kto właśnie wrócił z podróży, podczas której odwiedził jakieś paskudne krajobrazowo miejsce:

– Wie ksiądz, strasznie tam brzydko.

– No to pięknie.

Kolejnym zwrotem, który umieszczam w moim słowniku, jest „Trzeba trochę”. Zaskazywane gdzieś na ulicy:

– Ty rowerem do pracy?

– Trzeba trochę.

I tylko nie wiem, czy w cytowanym dialogu „trzeba trochę do pracy” czy „trzeba trochę rowerem”? Zresztą to chyba nie ma znaczenia, ta krótka wymiana zdań miała za zadanie tylko wykazać wzajemne zainteresowanie uczestników zdarzenia. „Trzeba trochę” jest pojęciem tak obszernym znaczeniowo, że może się pojawiać nie tylko jako reakcja na konkretne pytanie, może być potwierdzeniem, wyrazem akceptacji jakiegoś sądu, takim bardziej rozbudowanym „no”, „aha” albo „yhy”. Przykłady:

– Ci politycy to wszyscy tacy sami, każdy myśli tylko, żeby się nachapać.

– Trzeba trochę.

– Portugalczycy świetnie grają w piłkę.

– Trzeba trochę.

– Kaśka jest w ciąży.

– Trzeba trochę.

Nie jestem pewien, czy kolejny cytat nadaje się do umieszczenia we wspomnianym zbiorze, ale jeśli nie, to warto od niego zacząć tworzenie kolejnego słownika. Na przykład: „Zwrotów tak zaskakujących, że aż miło”. Podczas wakacyjnej podróży zatrzymałem się w restauracji. Przeglądałem kartę, nie mogąc się na nic zdecydować, w końcu pytam panią kelnerkę:

– A jest może chłódnik?

– Niestety nie, ale w weekend był.

Po takiej odpowiedzi klient zdaje sobie sprawę, że trafił do dobrego lokalu, ale nie wtedy, kiedy powinien. Cóż, za to, że ktoś ma w życiu pecha i nie potrafi wyczuć, kiedy chłódnik jest, kierownictwo restauracji odpowiadać nie może. Z tego przykładu powinni skorzystać wszyscy, którzy narzekają. Na przykład na stan służby zdrowia w Polsce, na utrudniony dostęp do specjalistów.

– Czy w tym roku będzie jeszcze dermatolog?

– Niestety nie, ale w ubiegłym był w przychodni na Kasprowicza.

– No to pięknie. I co ja teraz? Do kwietnia mam się tak drapać?

– Trzeba trochę.

Jako podsumowanie moich rozważań proponuję fragment dotychczas niepublikowanej, ludowej, więc momentami frywolnej przysłówki z centralnych Kujaw: Jasiek chyba kocha Zochę/ Trzeba trochę, trzeba trochę/ Serce mu dla Zośki mięknie/ No to pięknie, no to pięknie/ Hej, nie zgasała w porę świeca/ I Jaśkowa miłość przysła/ Zośka napis ma na plecach/ „Tutaj w weekend był Władysław”. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Nad ranem

Są takie momenty w ciągu dnia, w których zwykłe pojęcie czasu nie znajduje zastosowania. Przychodzą rzadko i tylko o dwóch porach: bardzo późno wieczorem i bardzo wcześnie rano.

Przynoszą ze sobą albo lekkie zmęczenie nocy o konsystencji rtęci albo nagie światło poranka z kolorem tak żywym, że rani oczy. Nikt nie umiał uchwycić tych rzadkich minut lepiej niż Edward Hopper.

Hopper to jedna z ikonicznych postaci sztuki amerykańskiej. Obok Pollocka czy Warhola, to jeden z Wielkich Mistrzów zza oceanu. Sceny miejskie w jego interpretacji niejednokrotnie zostały okrzyknięte najbardziej trafną dokumentacją Ameryki lat 30., 40. i 50. ubiegłego wieku. Ludzie w kawiarniach, pokojach i biurach zaludniają jego płótna, zawsze jakby nieobecni, dośrodkowi, nie ma w nich nic z amerykańskiego ekstrawertyzmu czy przesadzonego entuzjazmu. Może najbardziej znany jest Hopper ze swojej nocnej sceny pustego baru, nazwanej przez jego żonę „Nocnymi markami”. Ale Hopper to również mistrz poranka.

„Poranne słońce” to scena bardzo oszczędna, ot, tylko kobieta siedząca na łóżku, patrząca w stronę okna, za którym budzi się miasto. Malarz nie daje nam wielu wskazówek co do konkretnego miejsca, w którym przebywa bohaterka obrazu, jej pokój pozbawiony jest jakichkolwiek znaków zamieszkania. Nie widać mebli, obrazów na ścianach, nie ma tu nawet najmniejszej zmarszczki na pościeli sugerującej czyjeś w tej przestrzeni bycie. Kobieta siedzi z rękoma splecionymi na nogach, w geście również dalekim od otwartości. Duże okno wpuszcza to dobrze znane, nieco okrutne światło poranne, rozkładając światłocienie na ścianie pokoju. To poranne światło pada bezpośrednio na kobietę, znacząc jej sylwetkę dziwnymi odcieniami niebieskości i bladych żółci.

Czy mamy tu do czynienia tylko z porannym zamysleniem, czy też portretowana kobieta jest na coś chora? Jeśli tak, to na co może cierpieć? ■



a

Obraz: Edward Hopper,
Poranne słońce, 1952



b

HOTEL PREZYDENT

MEDICAL SPA & WELLNESS

HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do **12 września 2016 r.**

W temacie maila należy wpisać GL08.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju**

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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



NAGRODZENI Z „GL” 06-07/2016

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Aras Hasan z Łodzi
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 06-07/2016

Obraz oryginalny: b

Diagnoza

Choroba Antiocha nie była prosta do zdiagnozowania. Dopiero Erasistratus zauważył interesującą właściwość: otóż puls młodzieńca dramatycznie wzrastał za każdym razem, gdy w pobliżu niego znajdowała się Stratonike. Antioch cierpiał na niespełnioną miłość do żony swojego ojca. Gdy ten ostatni się o tym dowiedział, postanowił oddać żonę synowi, by ratować jego życie. Antiochowi poprawiło się natychmiast. Jak na tę zmianę zareagowała Stratonike, nie wiadomo. Para pobrała się jednak i mieli razem kilkoro dzieci.

Szczegóły różniące obrazy

1. Zmiana koloru szat Stratonike na niebieskie.

Niebieskie szaty w ikonografii chrześcijańskiej zarezerwowane są dla Matki Boskiej, w tym wypadku zatem taka kolorystyka nie byłaby na miejscu.

2. Dodanie pióra obok dłoni Antiocha.

Piéro obok dłoni młodzieńca mogłoby być nawiązaniem do innego słynnego obrazu Davida: „Śmierć Marata”, gdzie bohater francuskiej rewolucji upuszcza pióro, napisawszy ostatni w życiu list.

3. Pozbawienie kolumn w tle kanelur.

Obraz Davida to doskonały przykład klasycyzmu. Malarze reprezentujący ten kierunek lubowali się w klasycznej architekturze greckiej i rzymskiej, i dbali o przedstawienie każdego najmniejszego szczegółu, pozbawienie kolumn kanelur byłoby więc mało prawdopodobne.

4. Zmiana koloru baldachimu nad łóżkiem na ciemnozielony.

Inny wielki mistrz, Ingres, również podjął temat nieszcześliwej miłości Antiocha. W jego interpretacji nad łóżkiem młodzieńca rozpięty jest baldachim w kolorze głębokiej zieleni.



Obraz: Jacques-Louis David, *Choroba Antiocha*



FOTO: Ryszard Golański

Lucyna
Krysiak

Medycyna w sztuce

Modele broni wykonane z tabletek przeciwbólowych, przejmująca fotografia tematycznie związana z wojną na Ukrainie nawiązująca do dzieł malarskich, np. „Lekcji anatomii doktora Tulpa” autorstwa Rembrandta, to tylko niektóre ze 160 prac prezentowanych w krakowskim Muzeum Sztuki Współczesnej MOCaK.

Wystawa zatytułowana „Medycyna w Sztuce” zajmuje całe piętro poziomu 0 i jest szóstą z cyklu „Świat poprzez sztukę”, który konfrontuje artystyczne wizje z najważniejszymi zjawiskami życia społecznego, kondycją człowieka, jego miejscem w środowisku – rodzinie, pracy, społeczności. Dotychczas podejmowano tematy historii, sportu, ekonomii, zbrodni, gender. Malarstwo, rzeźba, instalacje odnoszą się do problemów cywilizacyjnych, z którymi boryka się współczesny człowiek. Dyrektor MOCaK i jedna z kuratorów wystawy, Maria Anna Potocka, w opracowaniu wydanym na tę okoliczność podkreśla, że „zachodnie” podejście do medycyny ma charakter dialektyczny. – Chcemy, aby była gotowa przyjąć nas w każdej chwili, ale jednocześnie wolimy trzymać się od niej z daleka – zaznacza Potocka. Uważa, że takie podejście dotyczy kultur, w których dominuje medycyna naprawcza, gdzie obraz choroby to obraz ludzkiego nieszczęścia, rujnującego dotychczasowe życie. Wystawa ma jednak charakter symboliczny, nie sprawozdaje tego, co dzieje się w czasie choroby, ale pokazuje złożoność relacji zachodzących pomiędzy ciałem i duszą, kryjących się pod szeroko pojętym terminem medycyna.

Dręczyciel ludzkiej egzystencji

Kurator Potocka wskazuje zarazem, że medycyna jest źródłem wielu tematów, które w różny sposób „dręczą” ludzką egzystencję. Jest tym samym wymarzoną polem dla sztuki. Rozwijając tę myśl, przekonuje, że artyści doskonale wyczuwają „dostawców symboli”, a medycyna jest takim dostawcą i to wszechstronnym. Wie, co znaczy być skazanym na śmiertelność, a więc rozumie ból i chorobę, ciało i śmierć. Towarzyszy człowiekowi w najtrudniejszych momentach, budząc nadzieję i dając wsparcie. W tej retoryce mieści się Marina Abramović, artystka, której „Akt ze szkieletem” (performance, wideo) pokazuje ludzkie ciało równocześnie jako temat i medium sztuki. Jej performance’y zawsze mają wydźwięk symboliczny, szerszy, nawet z podtekstem politycznym, choć wywodzą się z osobistych doświadczeń i wizualizują prywatne konflikty. Cykl obrazów Marka Gilberta

prezentowanych na wystawie powstał z inspiracji profesora Iaina Hutchisona, chirurga plastycznego specjalizującego się w rekonstrukcji twarzy. Jego projekt Saving Faces, prowadzony od 1990 r. opiera się na współpracy lekarza i artysty. W londyńskim Szpitalu św. Bartłomieja profesor przeprowadza operacje twarzy zdeformowanych przez choroby i urazy, a malarz Mark Gilbert portretuje pacjentów na różnych etapach tego leczenia. Dzięki wcześniejszemu poznaniu portretowanego i jego historii artysta oprócz wyglądu zewnętrznego oddaje także charakter tego człowieka i jego emocje. Artystę interesuje terapeutyczna funkcja portretu osób po poważnych operacjach twarzy. Konfrontując widza ze zdeformowaną fizjonomią, skłania go do zadawania pytań o źródła własnej ciekawości w zetknięciu się z tego rodzaju obrazem, do refleksji na temat cierpienia.

Medycyna jak religia

Współcześnie, kiedy kultywowane jest zdrowe i piękne ciało, pojawienie się choroby odbierane jest jak coś wstrząsającego, a nawet niestosownego. W takich sytuacjach – jak pisze Maria Anna Potocka – człowiek ma skłonność do traktowania medycyny jak religii, a lekarzy jak magów, do których „modli” się, wierząc w ich możliwości zaczarowania sytuacji, odwrócenia złego losu. Dodaje, że medycyna jest ekranem, jak również narzędziem naprawczym ujawniającym skalę ludzkiego nieprzystosowania do faktu przemijalności. Cyklem nawiązującym do tej tezy są fotografie urazów wojennych oraz zdjęcia chorych wykonane przez Martę Antoniak w Muzeum Wydziału Lekarskiego UJ w Krakowie. Na płaskie, realistyczne wizerunki artystka nałożyła za pomocą farby i nadtopionego plastiku zmiany chorobowe. Kontrast użytych środków wyraźnie oddziela elementy zdrowe od zniekształconych. To pokazuje jak chorzy, szczególnie na nowotwory, chcą wierzyć, że można je wyciąć, usunąć, pozbyć się ich. Choroba nowotworowa to również temat prezentowanego na wystawie filmu Beatriz da Costa, która udokumentowała swój pobyt w nowojorskim szpitalu i przegraną walkę z tą chorobą. Autorka tego wstrząsającego filmu wkrótce po jego realizacji zmarła.

Film jest postrzegany jako próba pomocy w konfrontacji z podobną traumą. Wymownym ukłonem w stronę mocy tkwiących w medycynie jest wideoinstalacja autorstwa Iai Filiberti i Debory Hirsch, które podjęły temat komórek nowotworowych HeLa pobranych w 1951 r. od Henriety Lacks, kobiety chorej na raka. Komórki te nazywane są nieśmiertelnymi, ponieważ w laboratoriach na całym świecie wciąż służą do przeprowadzania eksperymentów. W instalacji wykorzystano kopie artykułów naukowych. Te, które wspominają Henriettę Lacks opatrzone pieczętką approved (przyjęte), te, które ją pomijają – rejected (odrzucone). Eksperymenty na komórkach HeLa przyniosły zyski i żyjącą w ubóstwie rodzina Henrietty chciałaby uzyskać tantiemy z użytkowania ich genotypu. Autorki tej instalacji często wykorzystują w swoich pracach wizerunki osób ze świata kultury i polityki.

Trudny dialog

Bioetyk Adam Kowalik w jednym z wywiadów powiedział, że ta wystawa nie jest łatwa w odbiorze, daje do myślenia i rozdrapuje egzystencjalne rany. Być może odziera też z samozadowolenia, ale sztuka współczesna ma to do siebie, że wchodzi w trudny dialog z odbiorcą. Potwierdza to Zbigniew Libera, który w swojej pracy przedstawił nazwę preparatu eksperymentalnego Placebo, substancji obojętnej, nie mającej wpływu na stan zdrowia pacjenta, podawanej jednak choremu jako terapię, o czym nie jest on informowany. W ten sposób w medycynie obok skuteczności leku właściwego bada się wpływ sugestii na leczenie. Ten przekaz Libery można rozumieć szerzej jako komentarz do innych mechanizmów życiowych, które tracą swoją siłę sugestii, kiedy ich działanie zostanie

ujawnione. Autor absurdalizację rzeczywistości połączył z ironią i jest to jedna z metod tworzenia tego artysty. Kiki Smith eksploruje z kolei temat zwierzęcej strony natury człowieka. Rzeźba jej autorstwa wykonana ze skorodowanego żelaza odzwierciedla naturalnej wielkości system trawienny. Skorodowanie jest odbierane jako abstrakcja, która nas nie dotyczy. Ta konfrontacja człowieka z własnymi wnętrznościami jest jakimś wyparciem wynikającym z lęku przed zbytnim zagłębianiem się w fizyczne uwarunkowania jego istnienia. Temat ten zyskuje dosadną formę i jest punktem wyjścia do rozważań nad duchowością człowieka. Grzegorz Sztwernia w swoich pracach nawiązuje do struktury skóry, jako pojemnika dla organów wewnętrznych. Ich ważnym aspektem jest problem utrzymania równowagi – choroba jednego z narządów skutkuje zaburzeniami w całym organizmie. Jest to abstrakcja inspirowana anatomią ludzkiego ciała. Podobnym w przekazie, choć bardziej skłaniającym się ku surrealizmowi jest autoportret Meret Oppenheim wykonany w technice zdjęcia rentgenowskiego. Oprócz układu kostnego widać biżuterię, a w podpisie datę urodzenia artystki oraz rok, którego chciałaby dożyć. Portret nieodłącznie kojarzy się ze śmiercią, łącząc tym samym ulotność z ponadczasowością sztuki. Cała wystawa jest zresztą uniwersalnym przekazem, że nie uciekniemy od choroby, starości, śmierci, a więc lekarza i medycyny. Jest także refleksją, że sztuka może mieć nie tylko wymiar estetyczny, ale też terapeutyczny.

Wystawa „Medycyna w sztuce” cieszy się ogromnym zainteresowaniem. Do 18 sierpnia zwiedziło ją 50 tys. osób i będzie trwała do 2 października. „Gazeta Lekarska” jest jednym z patronów medialnych tego przedsięwzięcia. ■

NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA



Przestrzenie i zaufki Janusz Limon

„Kiedy czytam swoje skojarzenia, spisane na przestrzeni wielu lat, zastanawiam się, czy można w sposób tak bezpośredni opisać nasze przemijanie, smutki, śmieszności życia, chwile radości, naszą pracę, ewolucję starzenia się naszego ciała. Uznałem, że tak” – pisze lekarz o swoim zbiorze.



Onkolodzy. Walka na śmierć i życie

**Joanna Kryńska,
Tomasz Marzec**

Zbiór wywiadów z onkologami pracującymi w Polsce. O życiu i śmierci opowiadają ci, którzy walczą z jednym z największych wrogów człowieka – rakiem. Walczą i ponoszą konsekwencje tej walki. Stykają się z tą chorobą codziennie, ale nie sposób się do niej przyzwyczaić.



Chirurgia dziecięca

Redakcja naukowa: Maciej Baglaj, Piotr Kaliciński

Kompleksowy przewodnik po zagadnieniach, z którymi chirurg dziecięcy spotyka się w praktyce klinicznej. Bogaty zakres tematyczny, uwzględniający m.in. techniki małoinwazyjne czy wdrażanie nowatorskich metod w chirurgii rekonstrukcyjnej. Dla chirurgów, a także pediatrów i lekarzy rodzinnych.



Po pierwsze nie szkodzić

Henry Marsh

Trudna walka z chorobami mózgu opowiedziana przez wybitnego brytyjskiego neurochirurga. To opowieść zarówno o oszałamiających sukcesach, jak i ciężkich porażkach, które na zawsze pozostają w pamięci. Czy medycyna ma jakieś granice? Jeśli tak, to gdzie one są? Do bólu autentyczna.



Osluchiwanie Renata Paliga

Chirurg dziecięcy, pediatra, lekarz medycyny rodzinnej. Autorka z bogatym życiorysem zawodowym proponuje swój kolejny tomik poetycki, pełen gorzkiej nieco mądrości i ironii wobec złudnej rzeczywistości przepełnionej stereotypami.



**Piotr
Piątek**

Laureat I miejsca
w Konkursie
Literackim
„Przychodzi wena
do lekarza” (2016)
w kategorii
„Poezja”

Więcej w dziale
Kultura na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Wymyk

jaką krzywdę mam ci dzisiaj wyrządzić jest wielka teoria człowieka i świat rozumiany wąsko potok spiętych młodych twarzy rzeki pożerane oczami w tych oczach topi się wszystko zacierają granice kamień jest teksturą z której mój syn wycina podobiznę ojca

przyszedłem do rivanolu potem powoli wyciągam sobie szwy rozmasowuję blizny w aptece kupię coś na przezroczystość by nikt nie widział i broń boże nie zrozumiał kamień jest papierem który mój syn zagina tworząc samoloty puszcza je potem z domu ojca by poleciały jak najwyżej

jaki ból mam ci dzisiaj zadać jest teoria że wynaleziono znieczulenie na cały ból spójrz mój anioł nie ma rączek jedynie metalowy haczyk z tyłu głowy za który powieszę go na ścianie dzisiaj smażę tłuste ryby wytapiam łuski zapach miękkiego tłuszczu mocno dławi zbieram ten tłuszcz do blaszanego garnka i gorący wlewam we wszystkie luki swojego ciała kamień jest cieczą kiedyś mój syn pracował w pogotowiu zrezygnował gdy na jego rękach zmarł mały chłopiec co miał fioletową skórę i nawet nie płakał

przyszedłem do rivanolu z jodyny wykapię się w nim cały opanuję szybkość krwi gazowymi wacikami gdy miłość spowalnia jak rozstrojony internet w aptece kupię tabletki które będą niepostrzeżenie poruszać się rozpychać wewnętrzne narządy rodzić światło mój syn powiedział mi dzisiaj że dla niego pewne są już tylko kamienie reszta wymyka mu się z rąk

Na święta

Reni

gdyby nie fioletowe włosy nie poznałbym ciebie
lekarz mówił coś o operacji nie słuchałem patrzyłem
w gasnące oczy i szukałem zapalek kołdra ledwo
poruszała ciało ziemia ledwo poruszała się pod stopami
i wszechobecna cisza cisza otulona ciszą równo ułożone
stosy białych prześcieradeł świat wymykał się moim
regułom umierania a właściwie jednej regule wszyscy
tylko nie najbliżsi ciemność połykała jarzeniowe światło
nazywała gwiazdy i coś płakało coś zapadało się głębiej
w poduszkę
dzisiaj gdy zbliżają się święta telewizor wygładza się
pozornym spokojem zamarza horyzont i niektóre ptaki
nad morzem idą jak najdalej od brzegu dopóki nie zaczną
trzeszczeć ziemia i coś na zewnątrz nie wypłynie coś
na co od zawsze czekałem
co u ciebie? mechaniczne usta lepią slogan wypuszczają
kłęby pary *co byś zrobił gdybyś wiedział, że nie wrócisz
nigdy do domu?* czas choroby który trzeba przejść
stygnie woda więc wysychasz lub parujesz każdy
potrzebuje kogoś każdy się kimś żywi diagnoza jak owad
zatopiony w formalinie i wciąż ta asymetria tkanek
lewe płuco pracuje jak reklamówka unoszona przez wiatr
prawe zwija się w kłębek



Bieg Nefrologów

12. Zjazd Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, który w dniach 16-18 czerwca odbył się w Łodzi, był doskonałą okazją do promocji sportu. Przed sobotnimi obradami wśród zabytkowego drzewostanu Parku im. Ks. J. Poniatowskiego odbył się 2. Bieg Nefrologów DaVita na dystansie 5 km z udziałem 60 uczestników, w tym także

profesorów: Kazimierza Ciechanowskiego, Michała Nowickiego, Tomasza Stompóra oraz Ivana Rychlika z Czech. Sygnał do startu dał Piotr Kędzia – olimpijczyk w biegu na 400 m, natomiast medale wręczał Jan Morawiec – mistrz świata na dystansie maratońskim zawodników w wieku powyżej 80 lat, wielokrotny mistrz Polski.

V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkoatletyce



W dniach 2-3 lipca na Stadionie Miejskim w Opolu odbyły się XXVI Mistrzostwa Polski Weteranów i V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. Uczestniczyło w nich łącznie 400 zawodników, w tym 26 lekarzy. Pod-

czas 26. MPW poprawione zostały 64 rekordy, w tym 21 rekordów Polski oraz 43 rekordy Mistrzostw Polski. Kto zdobył puchary? Kto wywalczył najwięcej medali? Odpowiedź na to pytanie w naszym portalu.

Mistrzostwa Europy w Rzutach Nietypowych

W dniach 15-17 lipca w Juturbogu (ok. 80 km na południe od Berlina) odbyły się Mistrzostwa Europy w Rzutach Nietypowych. Wystartowało ponad 200 zawodników. Poziom sportowy był znacząco wyższy niż na poprzednich imprezach, a zdobycie medali wymagało twar-

dej walki. Oto zdobycze medalowe: Zenon Krukowski (M70) – 1 złoty (trójbój rzutowy), 2 srebrne (speerorama, rzut granatem), 2 brązowe (dwubój rzutowy, młot szkocki); Konrad Bońda (M45) – 1 złoty (speerorama), 1 srebrny (trójbój rzutowy), 1 brązowy (rzut granatem).

Rajd Górski Służby Zdrowia w Bieszczadach

Od 30 lipca do 6 sierpnia trwał Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2016” zorganizowany przez Komisję Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie przy wsparciu Komisji Sportu i Rekreacji NRL. Komandorem rajdu była Maria

Szuber. Kolejny raz bazą był Ośrodek Szkoleniowo-Wypoczynkowy w Zatwarnicy. W tym roku liczba uczestników rajdu osiągnęła rekordową wartość 200, co wskazuje na duże zainteresowanie tą imprezą.



Więcej w dziale
Sport na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Złaz Medyka



Niesamowita atmosfera spotkania po latach w Starym Gieraltowie, radość, prześpiewane wspólnie dwa wieczory... Obecność ponad setki uczestników drugiego Reakty-

wowanego Stressowego Złazu Medyka stanowiła wymowny dowód na to, że wielu osobom brakuje obecności starych znajomych z rajdowych tras.

Charytatywny mecz dla lekarzy

Nie było przegranych w meczu piłkarskim, który odbył się w upalną czerwcową sobotę na stadionie cieszyńskiego MOSiR-u. Nagrodą za wysiłek włożony nie tylko w walkę na murawie, lecz także w zbieranie środków na leczenie małżeństwa lekarzy Małgorzaty i Sławomira Damców chorych na stwardnienie rozsiane, był remis. Mecz charytatywny rozegrały drużyny z Bielska-Białej i Cieszyna. W ich składzie znaleźli się lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarze i pracownicy administracji placówek medycznych. Zebrano ponad 23 tys. zł.



Więcej w dziale
Sport na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Czytelnia

Wakacyjna przerwa w pisaniu felietonów pozwoliła (choć nadal w niewystarczającym zakresie) na odrobienie zaległości w lekturach odkładanych. Przyjemne połączyłem z pożytecznym, czyli uprzątnięciem rosnącego stosu książek i płyt, które ostatnio kupiłem, ale w dużej mierze także dostałem.

Zacząłem od Jürgena Thorwalda, którego opowiadania z historii medycyny począwszy od „Stulecia chirurgów” systematycznie gromadzę na półkach, pamiętając zauroczenie sprzed lat i każdą kolejną pozycję otwierając z nadzieją na fascynującą wędrówkę w przeszłość mojego zawodu. Mój apetyt, rosnący w miarę starzenia, zaspokojony został pierwszym światowym wydaniem „Ginekologów”, będącym zbiorem tekstów, które nigdy wcześniej nie zostały zredagowane. Lekturę o „damskich rzeźnikach” szybko dopełniłem pikantnymi szczegółami z wcześniejszego bestsellera „Męska plaga – seks, pożądanie i kłopoty z prostatą” i po raz kolejny stwierdziłem, że intymny świat w medycynie to ciąg wstydliwych zachowań z wyrwanym boleśnie postępem, który w niektórych wypadkach wymagał prawdziwego bohaterstwa. Nieodparcie pozostaje wrażenie koterii towarzystw lekarskich, które bronią status quo z niezmienną wprost powtarzalnością przez dziesięciolecia.

Obrazy zmieniających się perspektyw kondycji człowieka, także w aspektach medycznych, pokazuje monumentalne trzytomowe dzieło „Historia ciała”. Meta-morfoza ciała w zmedykalizowanym społeczeństwie przybiera na sile. Bierzymy w tym biegu codzienny udział i warto się tej przemianie przyrzeć z dystansem. Pomóc w tym może wystawa „Medycyna w Sztuce” z genialnym pod względem edytorskim katalogiem. Ekspozycja prac prawie sześćdziesięciu twórców pokazana w Muzeum Sztuki Współczesnej MOCAP w Krakowie, z dumnym patronatem prasowym „Gazety Lekarskiej”, nie jest wbrew pozorom ilustracją eksperymentów, ale symbolicznym przetwarzaniem problemów związanych z medycyną. To spojrzenie artystyczne, ale warto refleksji, zanim przystąpimy do zbierania wywiadu od kolejnego pacjenta.

W beletrystyce pojawiła się debiutancka „Balsamiarka” Izabeli Kawczyńskiej. Narracja współczesnej polskiej literatury ma nieznośne maniery nadmiernej wulgaryzacji, efekciarskiego szokowania grą słów i kumulacji zdarzeń, które jednoznacznie zaburzają zachowania bohatera. Odrzucając fabułę, warto do tej książki sięgnąć z uwagi na opowiadanie o pośmiertnej roli (specjalnie używam takiego terminu) ludzkiego ciała i teatralizacji śmierci.

Na woluminowym stosie trzy tomiki („Dajcie mi czas”, „Jestem... jesteś”, „Ta sama chwila”) z konkursów literackich „Przychodzi wena do lekarza” i „Słowa, dobrze, że jesteście” nie zdążyły się zakurzyć. Nagrodzonym wierszom i fragmentom prozatorskim, przysłuchiwałem się przez kilka ostatnich lat podczas uroczystych gal. Przekartkowałem utwory osób niepełnosprawnych intelektualnie i... oniemiałem. Podobne wrażenia musiała

mieć Anna Dymna, która nazwała tę lekturę „kosmiczną podróżą (...) do ziemskich rajów i piekieł ludzkich serc i umysłów, gdzie ludzie stają się coraz bardziej samotni, coraz rzadziej patrzą sobie w oczy, coraz mniej rozmawiają ze sobą i... coraz bardziej potrzebują siebie. Każdy wiersz, opowiadanie, esej, dziennik jest dowodem, jak bardzo potrzebujemy SŁOWA”.

Kiedy spędzamy wiele godzin za kierownicą samochodu, stwarza się okazja do delektowania się słowami. Hanna Zajączkiewicz, nasza koleżanka po fachu i wybitna śpiewaczka jednocześnie, podarowała mi swoją niezwykłą płytę „Liryka wokalna”, z którą powrócili do mnie Adam Mickiewicz, Lucjan Rydel, Stanisław Wyspiański, Leopold Staff, Adam Asnyk, Maria Konopnicka i Kazimierz Przerwa-Tetmajer z muzyką polskich kompozytorów współczesnych. Tak jak w miniaturze „Wiesze wybrane” przypomniałem sobie i odkryłem na nowo poetyckie przesłania prof. Marka Pawlikowskiego, w którego utworze „Choroba” „Bezmiar kontynentów/ skurczył się nagle/ do szpitalnej sali/ monotonna biel pościeli/ zgasła wszystkie barwy świata/ życie zbiegło się/ w jeden oddech/ chwytały z mozołem”. ■



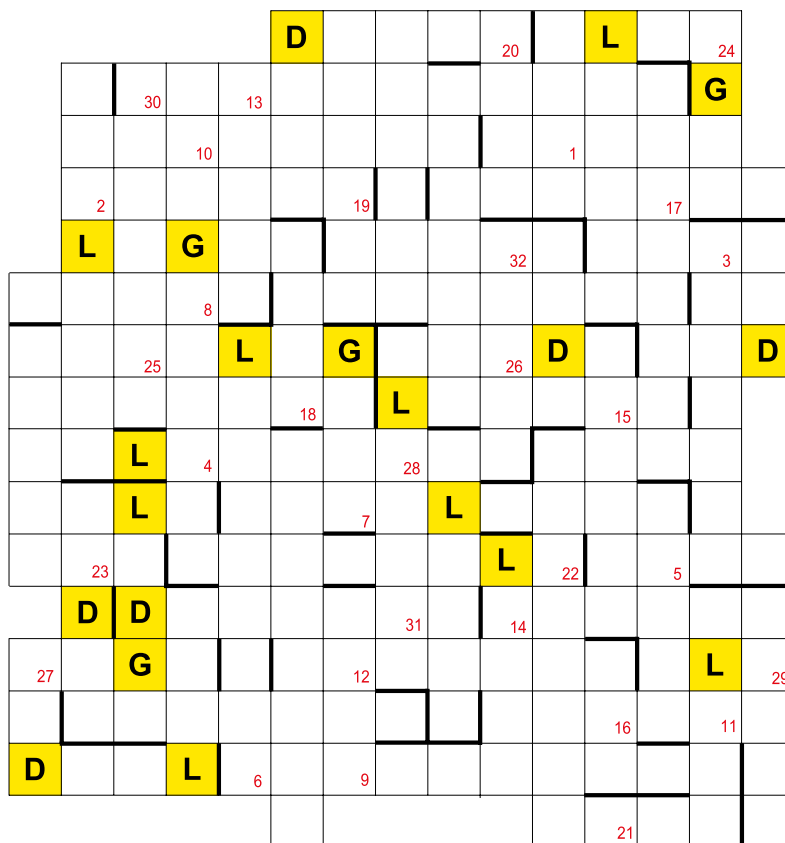
Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”





Objaśnienia
69 haseł podano
w przypadkowej
kolejności. W diagramie
ujawniono wszystkie
litery: D, G i L.
Na ponumerowanych
polach ukryto 32 litery
hasła, które stanowi
rozwiązanie. Jest to
cytat z Aleksandra
Fredry. Hasło należy
przesłać na karcie
pocztowej do redakcji
lub e-mailem na adres
jolka@gazetalekarska.pl
do 20 września 2016 r.
Wśród autorów
prawidłowych
rozwiązań rozlosujemy
nagrody książkowe
(prosimy o podanie
specjalizacji i adresu
do wysyłki).



* eutanazja * kola z rumem * płynie w Mostarze * cauda * staropolska gorzałka * muza ze zwojem * jarzeniówka
reklamowa * mieszkanka Erewania * między iterbem a torem * obrządek * gród nad Wisłą na wysokości Malborka
* mebel z otwartymi półkami * kiernoz * kanwa, sceneria * bohaterka „Quo vadis” * Cuminum cyminum * Troja *
defectio * prawosławny psalmista * lewy dopływ Peczory (931 km) * dojrzały samiec zająca * mumps * rywalka
pepsi * staroskandynawska opowieść * gród słowiński na Rugii * między sopranem a tenorem * główny składnik
powietrza * wiśniowy Czechowa * miasto Malysza * bigoteria * aparat do wziewów * francuska czapka wojskowa
* Pallada * region ze Strasburgiem * mała dziewczynka z baśni Andersena * stek dziobaka * buddyjski błogostan
* miasto odkryte przez Chałubińskiego * hotel w dżungli (ang.) * niedojrzała komórka jajowa * muza z cyrklem
* najdłuższy dopływ Leny * zamek bębenny lub sławny uniwersytet * rolka, szpulka * wstępna forma fugi lub
sonaty * greckie furie * śląska gra w karty * miejsce produkcji sztucznych izotopów * helikopter * miasto w Szkocji
lub hrabstwo w Ontario * dekoracyjny pulchny chłopczyk * przepastne zbocze * leczy chorych z DILLO * trawka lub
kwiatek * autor „Życia Jezusa” * celtycka bogini rolnictwa * wielokorak lub ostrogon * drut do przepychania fajki
* główne miasto nad Angarą * elektroda ujemna * sąsiad Łotysza i Polaka * między transem a aktywnym * statek
kursujący według rozkładu * angielski jarl * farba chroniąca żelazo * zwężenie cieśni (łac.) * gród nad Studnicą *
imię piosenkarki Przemek * prednizon

BJER

Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 216
(„GL” nr 05/2016)
Kto się boi jest
niewolnikiem.

Nagrody otrzymują:
Joanna Napierała (Poznań),
Joanna Gwadera (Łódź),
Anna Selwa (Lublin).
Fundatorem nagród jest
Wydawnictwo Lekarskie
PZWL, www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

Wydawca:

**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 168 500 egz.

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

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

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

Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 696 48 70 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).