

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



TARTUFFE

czyli Szopka Noworoczna

Temat miesiąca
Czy SOR-om
grozi zawał?

s. 11

Stomatologia
Specjalizacje
– kontrowersje

s. 22

Ochrona zdrowia w UE
Irlandia – płaci budżet,
dopłacają obywatele

s. 44

Spis treści



15



7



44



46

- 4 Na wstępie / R. Golański:** Potrzebne pozytywne przykłady
- 6 Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:** Dla dobra pacjenta
- 7 Skrining**
- 10 Obserwacje / S. Badurek:** Na domiar złego
- 11 Temat miesiąca:** Czy SOR-om grozi zawał?
- 14 Nasi w Europie / Romuald Krajewski:** Trudne czasy
- 15 Rozmowa o zdrowiu:** By leczyło się lepiej
- 18 Samorząd:** Nieliczni, ale twardzi i nieustępliwi
- 21 Punkt widzenia / J. Małmyga:** Szacunek i zaufanie
- 22 Stomatologia:** Specjalizacje w stomatologii – kontrowersje
- 24 Prawo i medycyna:** Obowiązkowe czy dobrowolne?
- 26 Praktyka lekarska:** Kompetencje miękkie w pracy lekarza
- 27 Co wpływa na nasze decyzje terapeutyczne?**
- 30 Nauka**
- 31 Szopka noworoczna:** Tartuffe
- 38 Praktyka lekarska:** Trudna rozmowa
- 39 Obudzić olbrzyma**
- 40 Nie tylko dla księgowego**
- 42 Współpraca międzynarodowa:**
- Dyskusje etyczne – konferencja w Kapsztadzie
- 44 Ochrona zdrowia w UE:** Irlandia – za zdrowie płaci budżet, dopłacają obywatele
- 46 Indeks korzyści:** Backpacker
- 48 Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Jajko z Sosnowca
- Listy do redakcji:** My współcześni
- 49 Z dwóch stron sceny / A. Andrus:**
- Z góry przepraszam za temat rozważań
- 50 Błąd malarski:** We wtorek w Paryżu
- 52 Obrazy medycyny:** Czarodziejska góra na głowie
- 54 Kalendarz imprez kulturalnych i sportowych**
- 56 Sport:** Sportowiec roku 2012 – sylwetki
- 57 Wybory samorządowe:** Twój rejon, twój wybór
- 58 Ogłoszenia**
- 64 Komunikaty**
- 65 Epikryza (28) / J. Wanecki:** Na niby – naprawdę
- 66 Jolka lekarska (184)**

19 stycznia

Do tego dnia zostaną umieszczone na stronie internetowej oraz udostępnione w siedzibie izb lekarskich listy członków rejonów wyborczych. Czytaj więcej na str. 57.

7–10 marca

VII Zimowe Igrzyska Lekarskie – zawody rozegrane zostaną m.in. w narciarstwie alpejskim, hokeju na lodzie i łyżwiarstwie szybkim. Więcej informacji i zgłoszenia: www.igrzyskalekarskie.org

4 kwietnia

W ramach XII Krajowej Konferencji Szkoleniowej Towarzystwa Internistów Polskich odbędzie się w Warszawie VI Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – czy lekarz powinien zapewniać pacjentom opiekę duchową?”. Udział jest bezpłatny, po wcześniejszej rejestracji i otrzymaniu potwierdzenia. Więcej informacji: mp.pl/interna2013.

4-11 maja

Pielgrzymka do Fatimy. Diecezja warszawsko-praska zaprasza wszystkich lekarzy. Pielgrzymkę poprowadzi ks. abp Henryk Hoser, który jest również lekarzem. Program pielgrzymki oraz dodatkowe informacje na stronie: www.diecezja.waw.pl/2621 (lub 22 518 15 01)



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „Gł”

Potrzebne pozytywne przykłady

Koleżanka, która jest uważną czytelniczką „Gazety Lekarskiej”, powiedziała mi niedawno, że z naszych łamów wyziera bardzo czarny obraz polskiej medycyny.

Dowodziła, że jest wiele przykładów pozytywnych przemian, że są szpitale, które bardzo dobrze radzą sobie w obecnym systemie finansowania i przynoszą zysk, że są lekarze, którzy bardzo dobrze żyją z uprawiania swego zawodu. Oczywiście przyznałem jej rację, co do pozytywnych przykładów. Wbrew jej odczuciu piszemy przecież o nich w naszym piśmie. Trudno się jednak dziwić, że wielu spośród nas praca nie przynosi takiej satysfakcji jak kiedyś. I nie chodzi wyłącznie o zadowolenie z otrzymywanego wynagrodzenia, ale przede wszystkim o atmosferę, w jakiej obecnie pracujemy. Na tę atmosferę, powiedzmy od razu, niezbyt radosną, składa się kilka czynników. Przemożne uczucie, że lekarz jest bezradny wobec decyzji urzędników, decyzji, z którymi się nie zgadza i które uważa za nieracjonalne czy wręcz szkodliwe. Finansowy dyktat płatnika monopolisty. Niedobory sprzętowe i materiałowe, przeszkadzające normalnie pracować. Jako przykłady przywołałem Koleżance sytuacje ze szpitala, w którym ona pracuje: raporty z dyżurów lekarze drukują na papierze, który kupili za własne pieniądze, malowanie pokoju lekarskiego zaplanowano po przeprowadzeniu dobrowolnej zbiórki wśród lekarzy, bo na administrację nie ma co liczyć, albowiem szpital jest zadłużony i w jego kasie nie ma pieniędzy. Będę wdzięczny Czytelnikom „Gazety...” za przedstawienie pozytywnych przykładów z placówek, w których pracują. Być może dzięki tym listom czy komentarzom zmienimy nieco tak czarny obraz medycznej rzeczywistości na naszych łamach. Mam

nadzieję, że nadesłana korespondencja zaprzeczy opinii, że Polacy dużo chętniej narzekają, niż chwalą się sukcesami.

Podczas grudniowego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej uchwalano budżet NIL na rok 2013. Najwięcej emocji wzbudził budżet... „Gazety Lekarskiej”. Druk i kolportaż naszego pisma to największe pozycje po stronie kosztów NIL. Staramy się zrównoważyć je przychodami z reklam i ogłoszeń. Nie zmieniamy naszych planów dotyczących bardziej nowoczesnych form komunikacji. Dlatego nasza redakcja rozpoczęła już prace nad uruchomieniem nowego portalu oraz elektroniczną wersją „Gazety Lekarskiej”. Wierzymy, że nowości te spotkają się z życzliwym przyjęciem i znacząca część czytelników chętnie skorzysta z naszych propozycji. Wciąż staramy się zmieniać na lepsze.

W maju przyszłego roku w Krakowie odbędzie się kolejny Kongres Polonii Medycznej. To ważne wydarzenie dla naszych rodaków lekarzy mieszkających i pracujących na całym świecie. To ważne spotkanie także dla środowiska i samorządu lekarskiego. Współorganizatorem kongresu jest zawsze Naczelna Rada Lekarska. Członkami komitetu honorowego są zwykle najważniejsze osobistości polskiego życia politycznego i społecznego oraz wybitni przedstawiciele polskiej medycyny. Ze zdziwieniem przyjęliśmy informację, że w Komitecie honorowym najbliższego kongresu zabraknie pani doktor Ewy Kopacz, marszałka sejmu oraz pana doktora Bartosza Arłukowicza, ministra zdrowia... ■

Migawka

GOŚCI GRUDNIOWEGO POSIEDZENIA NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

byli przedstawiciele Najwyższej Izby Kontroli: Lech Rejnuś – dyrektor Departamentu Zdrowia (drugi od lewej), Piotr Wasilewski (pierwszy od lewej) – wicedyrektor Departamentu Zdrowia oraz Przemysław Żak (trzeci od lewej) – doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia.



FOTO: Katarzyna Strzałkowska

Kontrola podatkowa

W poprzednim miesiącu omówione zostały zasady kontrolowania lekarzy jako przedsiębiorców. Zasady przeprowadzania kontroli podatkowej są zbliżone, ale charakteryzują się pewnymi cechami szczególnymi.

Przepisy ordynacji podatkowej przewidują możliwość wyznaczenia na stałe osoby upoważnionej do zastępowania kontrolowanego w trakcie kontroli, ale osobę taką należy zgłosić na piśmie właściwemu organowi podatkowemu. Jest ona upoważniona do działania we wszystkich czynnościach kontrolnych.

W sprawie, w której wydano decyzję ostateczną, kontrola podatkowa może być wszczęta tylko wtedy, gdy jest niezbędna do przeprowadzenia postępowania w sprawie stwierdzenia nieważności, wygaśnięcia, uchylecia lub zmiany takiej decyzji, lub wznowienia postępowania.

Kontrola podatkowa może być prowadzona bez zawiadomienia, jeżeli dotyczy: opodatkowania przychodów nieznajdujących pokrycia w ujawnionych źródłach lub pochodzących ze źródeł nieujawnionych, niezgłoszonej do opodatkowania działalności gospodarczej, ma charakter doraźny dotyczący ewidencjonowania obrotu za pomocą kasy rejestrującej, użytkowania kasy rejestrującej.

Kontrola może być przeprowadzona po okazaniu legitymacji służbowej, jeżeli jest to niezbędne dla przeciwdziałania popełnieniu przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego, lub zabezpieczenia dowodów jego popełnienia. W takim wypadku upoważnienie do kontroli musi być doręczone w ciągu 3 dni od jej wszczęcia, gdyż

inaczej dokumenty z takich czynności kontrolnych nie mogą służyć za dowód w sprawie.

Kontrola podatkowa może być również prowadzona w miejscu prowadzenia lub przechowywania ksiąg podatkowych, szczególnie jeśli kontrola w gabinecie może zakłócać działalność kontrolowanego. Jeżeli zachodzi uzasadnione przypuszczenie, że kontrolowany nie ujawnił wszystkich obrotów lub przychodów, kontrolujący może żądać złożenia oświadczenia o stanie majątkowym na określony dzień. Oświadczenie to składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania, o czym należy uprzedzić kontrolowanego.

21 kwietnia 2012 r. zmieniło się rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 27 lipca 1999 r. i określone nim wzory zaświadczeń ZUS ZLA i ZUS ZLA/K. Zaświadczenie na dotychczasowych drukach można było wystawiać do 31 grudnia 2012 r. Na stronach internetowych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej opublikowano projekt rozporządzenia, który wydłuża stosowanie starych druków do 31 grudnia 2013 r. Z uzasadnienia rozporządzenia wynika również, że wystawienie tych

zaświadczeń w formie dokumentu elektronicznego jest planowane dopiero od 1 stycznia 2014 r. Nieprawdziwe są zatem informacje, że obowiązek przesyłania tych zaświadczeń drogą elektroniczną obciąży lekarzy już od 1 stycznia 2013 r.

mec. Jarosław Klimek
radca prawny OIL w Łodzi

LEKARZU, PAMIĘTAJ!

Kontrolujący mają m.in. prawo:

- wstępu na grunt oraz do budynków, lokali lub innych pomieszczeń kontrolowanego;
- żądania okazania majątku podlegającego kontroli oraz do dokonania jego oględzin;
- żądania udostępniania akt, ksiąg i wszelkiego rodzaju dokumentów związanych z przedmiotem kontroli oraz do sporządzania z nich odpisów, kopii, wyciągów, notatek, wydruków i udokumentowanego pobierania danych w formie elektronicznej;
- zbierania innych niezbędnych materiałów w zakresie objętym kontrolą;
- zabezpieczania zebranych dowodów;
- legitymowania osób w celu ustalenia ich tożsamości, jeżeli jest to niezbędne dla potrzeb kontroli;
- przesłuchiwania świadków, kontrolowanego oraz innych osób.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

*Jeśli pan
profesor
uważa,
że jest „dużo”
pieniędzy
w ochronie
zdrowia, to być
może odnosi
to do budżetu
w swoim
otoczeniu.*

Dla dobra pacjenta

Odezwaniami, apelami, protestami, tłumaczeniami, wieloma argumentami do ludzi w Ministerstwie Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w wielu przypadkach nie udaje się dotrzeć.

Do akcji przeciwko głupocie robiącej krzywdę lekarzom, lekarzom denty stom i ich pacjentom trzeba było zaangażować instytucje sądowe. Pozwów przeciwko NFZ i MZ jest coraz więcej. Płyną też kolejne wnioski do Trybunału Konstytucyjnego. Sprawy toczą się latami, ale prawda – w co niektórzy wątpili – zwycięża. Dla przykładu podam wygraną samorządu lekarskiego w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie o pokrycie kosztów za działalność wykonywaną dla administracji państwowej za rok 2007. To wyrok, który powinien wzbudzić poczucie wstydu u urzędującego ministra zdrowia, który przychodząc na swoje stanowisko, obiecywał pokrywać te koszty w całości, a potem z tego się wycofał, traktując niewykonywanie swojego zobowiązania jako retorsję dla niepokornego środowiska. Wielkie znaczenie zmieniające ustrój kontraktowania ma zwycięstwo sądowe lekarzy denty stom, którzy dzięki orzeczeniu Najwyższego Sądu Administracyjnego wykazali, że odwołanie od wyników konkursu ofert jest zdarzeniem poważnym, przerywającym możliwość podejmowania decyzji przez urzędników NFZ. Wskazano, że dokumenty konkursowe muszą być jawne i poddawane ocenie społecznej. Oznacza to bolesny cios dla tych, którzy bronili dotychczasowego sposobu kontraktowania świadczeń.

Rada zwróciła się z apelem do ministra, aby obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej nie dotyczył dokumentacji prowadzonej w formie wykazu prowadzonego przez lekarza wystawiającego recepty dla siebie i dla rodziny. Rozporządzeniem z maja ub. r. został uproszczony zakres dokumentacji medycznej wymaganej dla dokumentowania wystawiania tych recept, co jest szczególnie istotne dla lekarzy i lekarzy denty stom emerytów. Naszym zdaniem wejście w życie z dniem 1 sierpnia 2014 r. obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej będzie stanowiło technologiczną barierę niemożliwą do pokonania dla wielu lekarzy seniorów. Ufamy, że pan minister zgodzi się zmienić przepis art. 50 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który o tym mówi.

Świat lekarski bardzo zasmuciła wypowiedź jednego z najważniejszych ekonomistów w państwie, znanego polityka z tytułem naukowym, że jego zdaniem w ochronie zdrowia w Polsce jest za dużo pieniędzy. Medycyna jest nauką bardziej precyzyjną od ekonomii i rzadko posługujemy się pojęciem, że czegoś jest „dużo” czy „mało”. Jeśli pan profesor uważa, że jest „dużo” pieniędzy w ochronie zdrowia, to być może odnosi to do budżetu w swoim otoczeniu. Jeśli

chciałby powiedzieć „dużo” w stosunku do swoich zarobków, to zapewne to tak aż „dużo” nie jest. Jeśli mówi „dużo” w stosunku do zarobków pracowników ochrony zdrowia, to nie rozumiem, bo zarabiają oni bardzo niewiele. Jeśli mówi „dużo” w stosunku do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa polskiego, to jest w głębokim błędzie i – jako naukowiec – powinien podać materiał źródłowy, który mówi, że potrzeby zdrowotne społeczeństwa polskiego są zaspokojone. Jeśli natomiast mówi „dużo” w stosunku do zakresu udzielanych pacjentom świadczeń medycznych, to niech odpowie, skąd biorą się kolejki do lekarzy i odmowy przyjęć. Niech odpowie, dlaczego szpitale się zadłużają. Czy olbrzymia rzesza menadżerów i dyrektorów to niedouczeni nieudacznicy?

Każdego roku kumulują się długi szpitali. Za obsługę finansową zyski pełnymi garściami czerpią banki – tak ukochnane przez pana profesora. Boli mnie to tym bardziej, że wśród niewątpliwych sukcesów ekonomicznych Polski ta jedna gałąź została w socjalizmie.

Od naukowca powinniśmy żądać precyzji. Jeśli mówimy, że zła organizacja ochrony zdrowia jest przyczyną zapaści finansowej w tej dziedzinie, to musimy sprecyzować, co dokładnie pod pojęciem „organizacja” rozumiemy. Nie zmienia to faktu, że złe zorganizowanie czegośkolwiek wymaga większych nakładów finansowych, o czym pan profesor doskonale wie. To ostatnie oczywiście dla „dobra polskiego pacjenta” – pojęcia równie nieprecyzyjnego, bo nikt nie podał definicji „dobra pacjenta”, a wszyscy się nim posługują.

U podstaw istnienia samorządu było słowo, które lekarzom i lekarzom denty stom cały czas towarzyszy. W grudniu minęła 21. rocznica pierwszego uchwalenia „Kodeksu etyki lekarskiej” – na Krajowym Zjeździe Lekarzy, organizowanym w 1991 r. w Bielsku Białej. Chciałbym szczególnie podkreślić, że działa się to zgodnie z zasadami sztuki demokratycznej. Stanęliśmy wówczas w obronie przepisów etycznych i deontologicznych, które obowiązują nas do dzisiaj. Dzięki nim mamy jasność, np. w sprawie eutanazji, której w Polsce – według „Kodeksu...” – stosować nie wolno. Mamy więc szansę wybronić się od sytuacji, jakie mają miejsce np. w Belgii, gdzie od 10 lat możliwa jest eutanazja. Jedną z partii złożyła właśnie w parlamencie projekt przewidujący rozszerzenie na osoby niepełnoletnie prawa dotyczącego eutanazji, a być może w przyszłości także na chorych na Alzheimera. Prowadzi to do prostego wniosku: jeśli nie ma twardych zasad, to zawsze później następuje kolejne ich „zmięknięcie”. I może eutanazja dla chorych na choroby rzadkie, a kosztowne? Może chorzy nieuleczalnie? A na koniec niepokorni polityczni? ■

Lekarze seniorzy apelują

„Zgłaszamy obawy, czy najbardziej wiekowi Koledzy podążają technicznie i finansowo (zakup komputera i nowego programu) nowym wyzwaniom” – napisali lekarze emeryci i renciści obradujący na Komisji NRL. Chodzi przede wszystkim o planowane wprowadzenie obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej przez lekarzy wypisujących recepty dla siebie i dla rodziny. Wprowadzie ma obowiązywać od lipca 2014 r., ale już teraz lekarze seniorzy zaapelowali do Naczelnej Rady Lekarskiej, a ta do ministra zdrowia, aby zmienił przepisy ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Według wnioskujących, lekarze emeryci i renciści powinni mieć możliwość prowadzenia dokumentacji w formie papierowej.

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL sformułowała apel do lekarzy i lekarzy dentystów o **WZAJEMNY SZACUNEK I ŻYCZLIWOŚĆ**. Podkreśliła, że wyjątkowy szacunek i życzliwość należą się lekarzom seniorom. „Zajmujemy się nimi ze szczególną starannością. W sprawach diagnostyki i leczenia nie lekceważymy wiedzy i doświadczenia lekarskiego seniorów i z należytą uwagą spełniamy ich życzenia. Jako dobry zwyczaj, wpływający z zasad etyki i solidarności zawodowej, uważamy bezpłatne leczenie wszystkich lekarzy i ich rodziny” – głosi apel.

Wpisy elektroniczne praktyk

Ministerstwo Zdrowia rozporządzeniem z 6 grudnia 2012 r. zdecydowało się na częściową realizację postulatu zgłoszonego przez Naczelną Radę Lekarską, aby przedłużyć możliwość składania wniosków o wpis do rejestru w postaci papierowej **do dnia 31 marca 2013 r.** Uwaga ta zgłaszana była podczas konsultacji społecznych dotyczących projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru. Dotychczas termin, do którego podmioty wykonujące działalność leczniczą (a więc także praktyki lekarskie) mogły składać wnioski o wpis do rejestru w postaci papierowej, wyznaczony był na koniec 2012 r.

Warunkiem, który musi spełnić lekarz, aby móc złożyć elektronicznie podpisany wniosek, jest posiadanie stosownego narzędzia, czyli certyfikatu bezpiecznego podpisu elektronicznego bądź profilu zaufanego na ePUAP. **Brak podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego ePUAP będzie oznaczał brak możliwości składania wniosków w rejestrze po 31 marca 2012 r.** Na stronie internetowej www.nil.org.pl znajduje się informacja, jak założyć konto w systemie ePUAP i poświadczyć profil.



Budzik już budzi



FOTO: Marta Jakubiak

Dodatkowe zmiany w rejestrach

Jednocześnie do cytowanego wyżej rozporządzenia dotyczącego rejestru praktyk lekarskich **zostały dopisane dodatkowe zobowiązania, niekonsultowane z samorządem lekarskim, m.in. rozszerzono zakres danych wpisywanych od rejestru o numer skrytki pocztowej, a wskazanie województwa i powiatu zastąpiono identyfikatorem terytorialnym dla jednostki podziału terytorialnego**. Został również zmieniony §2 rozporządzenia nakładający na organy prowadzące rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą obowiązek wezwania podmiotów wykonujących tę działalność, które przed dniem wejścia w życie tego rozporządzenia złożyły wnioski o wpis do rejestru, o zmianę wpisu do rejestru lub o wykreślenie z tego rejestru – o uzupełnienie danych zawartych we wnioskach, w zakresie wynikającym z tego rozporządzenia, w terminie do 31 grudnia 2012 r.

Dlatego też prezes NRL wezwał ministra zdrowia do podjęcia prac legislacyjnych, które spowodują nowelizację rozporządzenia. Zaznaczył, że rozszerzenie zakresu danych o numer skrytki pocztowej wprowadza wrażenie, że jest obowiązek jej posiadania przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, a ponadto może prowadzić do sytuacji, gdy w rejestrze będą figurowały dwa adresy do doręczeń (adres tradycyjny i adres skrytki pocztowej). W kwestii §2 wskazał ministrowi, że obowiązek taki nie jest przewidziany ustawą o działalności leczniczej, a dodatkowo rodzi po stronie organów rejestrowych dodatkowe koszty związane z ewentualnym wysyłaniem wezwań.

Prezydium NRL o finansach

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej pod koniec 2012 r. z niepokojem stwierdziło, że zbyt małe środki finansowe przeznaczone na leczenie pacjentów powodują pod koniec każdego roku ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych: „Szczególnie niepokoją sytuację, gdy leczenie jest niezbędne z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia. Powoduje to zachwianie poczucia bezpieczeństwa wśród obywateli. W ocenie Prezydium brak środków finansowych w szpitalach pod koniec roku jest wynikiem przede wszystkim zbyt niskiego oszacowania i ilości poszczególnych świadczeń zdrowotnych”. Prezydium wezwało ministra zdrowia do spełnienia obietnic i spowodowania, by świadczenia były wyceniane właściwie. Prezydium przypomniało też, że **najwyższym nakazem etycznym lekarzy jest dobro chorego, a mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady**. Dlatego też sprzeciwiło się kategorycznie wywieraniu nacisków na placówki opieki zdrowotnej i indywidualnych lekarzy, by uzależniać podejmowanie leczenia pacjentów od wielkości środków finansowych.

100-lecie szpitala na Karowej

Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej wzniesiono w 1912 r., by uczcić narodziny następcy tronu cesarzewicza Aleksieja. W grudniu 2012 r. placówka ta obchodziła swoje setne urodziny. Ten wyjątkowy jubileusz patronatem

kondolencje

Prezesowi ORL Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach

Januaremu Lewandowskiemu

składam wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Żony

śp. Krystyny Lewandowskiej

Prezes Maciej Hamankiewicz wraz Naczelną Radą Lekarską



objęła małżonka prezydenta RP, Anna Komorowska. Podczas obchodów odbyło się Interdyscyplinarne Sympozjum Naukowe „Nowoczesny szpital położniczo-ginekologiczny – szczęśliwe macierzyństwo”. Centralne uroczystości jubileuszowe zaplanowano w Filharmonii Narodowej w Warszawie. Były gratulacje, życzenia, podsumowania i nagrody: odznaczenia państwowe, statuetki Księżnej Anny Mazowieckiej oraz jubileuszowe medale otrzymali zasłużeni pracownicy szpitala, o którym tak podczas gali mówił prof. Marek Krawczyk, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego: – W tym niezwykłym miejscu na świat przyszły tysiące dzieci. Temu szpitalowi życie zawodowe poświęciło wielu wybitnych medyków.

Od początku szpital był jednym z najnowocześniejszych w Europie – zarówno pod względem rozwiązań technicznych, jak i stosowanego w nim systemu opieki nad pacjentkami, w którym działalność leczniczą łączono z funkcją edukacyjną. Działała tu też Warszawska Szkoła Położnych. W szpitalu rocznie hospitalizowanych jest ponad 20 tys. pacjentek, porad ambulatoryjnych udzielanych jest blisko 30 tys. Rocznie rodzi się tu niemal 3,5 tys. dzieci.

W swoje kolejne stulecie szpital wkracza z planami rozbudowy oraz modernizacji, która obejmie m.in. blok operacyjny, oddziały patologii noworodka oraz oddziały onkologii ginekologicznej.

Budzik już budzi

Rocznie w Polsce w śpiączkę zapada ok. 100 dzieci. Dzięki staraniom fundacji Ewy Błaszczyk „Akogo?” Ministerstwo Zdrowia wydało projekt rozporządzenia wprowadzającego do wykazu świadczeń gwarantowanych świadczenie o nazwie: „Wybudzanie dzieci ze śpiączki w fazie B”. Rozporządzenie to określa m.in. zakres procedur realizowanych w ramach tego świadczenia, warunki, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy, kryteria kwalifikowania pacjentów do programu oraz kryteria wyłączenia z niego. 7 grudnia 2012 r., po 10 latach istnienia fundacji, Klinika „Budzik” została otwarta.

– Ta klinika to coś, czego Polsce brakowało. Jestem przekonana, że wiele dzieci byłoby obudzonych, gdyby istniała ona wcześniej – mówiła prof. dr hab. Alicja Chybicka,

kierownik Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej z Wrocławia. Pośród wielu szacownych gości znalazła się także wybitny kardiochirurg, dr n. med. Paweł Rudziński, który kilka lat temu uległ wypadkowi i zapadł w śpiączkę. Powrócił dzięki ludziom, którzy wierzyli, że jego przebudzenie jest możliwe.

18 kwietnia 2013 r. po raz pierwszy będzie obchodzony w naszym kraju Dzień Pacjenta w Śpiączce.

Więcej na www.gazetalekarska.pl.



**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
wiceprezes KPOiL
w Toruniu, publicysta
„Pulsu Medycyny”

Na domiar złego

Tysiące lekarzy z całej Polski dostało jesienią list z NFZ. Zawierał on oskarżenia o „bezprawne wypisywanie leków refundowanych” i wyrządzenie funduszowi „szkody majątkowej”, czyli de facto kradzież składkowych pieniędzy.

Utrzymana w zaczepno-oskarżycielskim tonie korespondencja była pozbawiona dowodów winy w postaci choćby kopii kwestionowanych recept. To prawne kuriozum wzywało za to do złożenia wyjaśnień, groziło karami i laskawie wskazywało na możliwość zawarcia z NFZ umowy na wypisywanie leków refundowanych.

Lekarze, którzy w ramach protestu przeciwko najeżonej represjami refundowie przystawiali w lipcu pieczętki „RddNFZ” uznali, że to kolejne razy za ich opór. Na wielu z nich bowiem już wcześniej NFZ nałożył „kary umowne” z tytułu: złamania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 08.03.2012 r. w sprawie recept lekarskich, braku lub wskazania identyfikatora płatnika, braku badania przedmiotowego przed wypisaniem leku lub nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń. Źródło wspomnianych „środków wychowawczych” wybiło wówczas gdzie indziej.

Pierwszego lipca prezes NRA dr Grzegorz Kucharewicz zaapelował do pacjentów o „żądanie od lekarzy recept wystawionych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia”. Opatrzony wykrzyknikiem apel znalazł się na stronach samorządu aptekarskiego (jest tam zresztą nadal). Nic dziwnego zatem, że znaleźli się „uczynni” aptekarze, którzy – w przypiływie solidarności ze swoimi klientami – postanowili wziąć sprawy w swoje ręce zakładając, że pacjenci: mogą nie mieć dostępu do internetu, jeśli mają to niekoniecznie zaglądają na strony samorządu aptekarskiego, nie muszą wiedzieć, jak wygląda recepta wystawiona zgodnie z rozporządzeniem z dnia 08.03.2012 r. (niepotrzebne skreślić). Tak było latem.

Podczas „jesiennej ofensywy” zadziałał enefzetowski program komputerowy Fraud Detection, przeznaczony do „wyłapywania wyludzaczy”. Zadziałał z gracją cepa walącego na oślep, ale takie było widać założenie autora (może autorki?) listu-gotowca rozesłanego do oddziałów wojewódzkich.

Nie mam wątpliwości, że intencje kosztującej kilkadziesiąt tysięcy złotych akcji były brudne. Dzięki narzędziom informatycznym NFZ mógł zablokować realizację recept na leki refundowane, wypi-

sane przez lekarzy bez nowych umów. Poza tym adresatami listu byli również lekarze i lekarze dentyści, którzy od pierwszego lipca nie wypisywali leków refundowanych. Takich przypadków było wiele. Zachodzi zatem uzasadnione podejrzenie, czy przypadkiem jakaś nielekarska ręka przekształciła na receptę lek nierefundowany w refundowany. Pytanie – czyja?

Osobliwego, zgniłego posmaku sprawie dodaje fakt, że fundusz żyzyma się na używanie przez lekarzy bez umów recept z kodem kreskowym, zapominając, kto te recepty kupił. Umyka przy tym istota, bo jeśli posiadacz ubezpieczenia był z tytułu swoich schorzeń uprawniony do refundacji – o żadnej stracie NFZ nie ma mowy. Kierowana przez panią Pachciarz instytucja uparcie nie chce przyjąć do wiadomości, że lekarze niczego nie refundują. Prawo do świadczeń zdrowotnych, w tym nabywania leków z określonymi ulgami, wynika z umowy ubezpieczonego z ubezpieczalnią.

Nie ma żadnego uzasadnienia, by to lekarz decydował, czy pacjent wykupuje w aptece lek z refundacją, czy nie. Podobnie nie ma uzasadnienia podpisywanie przez lekarzy jakichkolwiek umów na wypisywanie leków refundowanych. Wytykanie nam przez najwyższych urzędników państwowych chęci „pozostania bezkarnymi” to Himalaje hipokryzji. Nie dość, że słowa te wypowiadają ludzie faktycznie bezkarni, to przede wszystkim ewentualny brak umowy lekarza z płatnikiem nie zwalnia tego pierwszego od odpowiedzialności z tytułu błędów i nadużyć w ordynacji leków.

Jesienna akcja pod kryptonimem „ludzie z NFZ listy piszą” to próba dobrania się do skóry lekarzom, którzy nie podpisali nowych umów. Następnym razem weźmie się na celownik inną grupę. I tak to właśnie działa. Tylko czemu ta polityka, bo wiele wskazuje, że mamy do czynienia z celowym, zaplanowanym gdzieś za „wysokim” biurkiem działaniem, służącym? Na pewno drenowaniu kieszeni, absorbowaniu uwagi, zastraszaniu, upokarzaniu i robieniu z nas „wrogów ludu”. Domiar, czyli zależny od urzędniczego widzimisię podatek nakładany w PRL-u na przedstawicieli wolnych zawodów i tzw. prywaciarzy, wrócił w nowym wcieleniu. ■

*Jesienna
akcja pod
kryptonimem
„ludzie z NFZ
listy piszą” to
próba dobrania
się do skóry
lekarzom,
którzy nie
podpisali
nowych umów.*

Czy SOR-om grozi zawal?

Szpitalne Oddziały Ratunkowe są przeciążone, bo pacjenci często trafiają właśnie tam, a nie do innych gałęzi systemu opieki zdrowotnej – alarmuje Najwyższa Izba Kontroli. SOR-y mają przez to problemy finansowe, a lekarzy coraz mniej interesuje praca na pierwszej linii frontu.

**Lidia
Sulikowska**

Najnowszy raport NIK¹ co prawda pozytywnie ocenia funkcjonowanie jednostek systemu ratownictwa medycznego – chwalono, że zdecydowana większość wyjazdów do potrzebujących odbywała się w określonym przez ustawę o PRM² czasie, a leczenie w szpitalnych oddziałach ratunkowych było sprawne i kompleksowe – jednak analiza ta wykazała jednocześnie wiele nieprawidłowości w funkcjonowaniu samego systemu, czyli materię, z którą lekarze borykają się każdego dnia.

Raport pokazuje, że SOR-y są zbyt obciążone, a kolejki generują pacjenci, którzy tak naprawdę nie powinni tam trafić, bo nie znajdują się w stanie zagrożenia życia, a ich stan zdrowia kwalifikuje się do korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej, poradni specjalistycznej lub nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. W kontrolowanych jednostkach takich pacjentów było średnio około 30-40 proc., chociaż zdarzyła się również taka placówka, w której stanowili oni aż 80 proc. wszystkich zgłaszających się do SOR-u. Alarmujące jest to, że wśród niebieskich pacjentów³ spory odsetek stanowią także ci dowożeni przez karetki (wg danych NIK nawet 30 proc. chorych przywożonych przez karetki nie powinno się znaleźć w SOR-ze). – Raport pokazuje stan, w jakim tkwimy od lat, ale chyba nawet środowisko lekarskie nie spodziewało się, że skala tego problemu jest tak olbrzymia. Tak duża liczba osób zgłaszających się do SOR-u, mimo iż de facto nie kwalifikują się do przyjęcia na ten oddział, świadczy o tym, że zawodzi pozostałe ogniwa systemu opieki zdrowotnej – ocenia prof. Andrzej Zawadzki, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej i kierownik Katedry Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Niebiescy góra

– Do przeciążenia SOR-ów przyczynia się POZ. Lekarze rodzinni, gdy nie są pewni diagnozy, wolą skierować chorego do SOR-u, gdyż boją się odpowiedzialności. Do kolejek przyczynia się także wadliwa organizacja POZ, która świadczy usługi w ograniczonych godzinach: gdy pacjent nie może dostać się do przychodni, bo ta jest już zamknięta, udaje się do SOR-u. To widać zwłaszcza w weekendy i święta – tłumaczy prof. Juliusz Jakubaszko, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej i kierownik Katedry Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Także prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz podkreśla, że system organizacji opieki całodobowej w Polsce wypaczył ideę istnienia SOR-ów: - Szpitalne oddziały ratunkowe mają

w swym założeniu służyć pacjentom z zagrożeniem życia i lekarze pracują tam po to, by ratować ludzkie życie. Tymczasem zamieniły się w wielkie poradnie lekarza rodzinnego. Pacjenci zgłaszają się do SOR-u, bo tak jest łatwiej. Niejednokrotnie jest im tam bliżej niż do przychodni świadczącej nocną i świąteczną pomoc. Można szybciej uzyskać świadczenie – ocenia prezes NRL. Tezy te potwierdzają się w wyjaśnieniach dyrektorów stacji pogotowia ratunkowego cytowanych w raporcie NIK. Ich zdaniem przyczyną dużej liczby nieuzasadnionych wezwań karetek był brak możliwości uzyskania szybkiej porady w przychodni. Często zdarzało się również, że zgłoszony powód wezwania zespołów RM był inny niż ostateczne rozpoznanie. Wydaje się jednak, że problem jest znacznie głębszy. – Uważam, że obwinianie lekarzy rodzinnych za kolejki w szpitalnych oddziałach ratunkowych nie jest sprawiedliwe. Winna tej sytuacji jest taka, a nie inna organizacja systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju. To prawda, że wielu pacjentów samodzielnie zgłasza się do SOR-u lub wzywa karetkę. Jeśli jednak karetka przywozi pacjenta niekwalifikującego się do tego miejsca, to znaczy, że w systemie ratownictwa medycznego coś trzeba poprawić. Z kolei pacjent, który sam przychodzi do SOR-u, zazwyczaj robi to dlatego, że źle się czuje albo zawiódł go system: musiałby czekać kilka miesięcy na wizytę u specjalisty. Jeśli natomiast lekarze rodzinni kierują do tego oddziału, to znaczy, że mają ku temu powód. Myślę, że sytuacja uległaby poprawie, gdyby przychodnie funkcjonowały całodobowo, ale na razie takie zmiany są niewykonalne. Widać jednak, że NiSPL⁴ nie wystarcza: pacjenci nie do końca ufają takiej pomocy. To też musi być poddane analizie – ocenia prof. Andrzej Steciwo, prezes zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

To, że kolejki spowodowane są m.in. brakiem dostępu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej widać zwłaszcza wtedy, gdy w SOR-ze odbywa się dyżur specjalistyczny. – Gdy mamy dyżur okulisty, jest dwa razy więcej pacjentów niż normalnie, przy obsadzie takiej jak zwykle. Trudno winić samego pacjenta, że przychodzi do nas mimo że się nie kwalifikuje. Do tego zmusza go system, chory jedynie walczy o swoje zdrowie. Z drugiej jednak strony tacy pacjenci paraliżują pracę oddziału, a to może mieć tragiczne skutki: pomoc może zostać udzielona za późno komuś, kto jej naprawdę potrzebuje – ostrzega prof. Jakubaszko.

Martwe przepisy

Ustawa o PRM teoretycznie nie przewiduje innych wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego niż do pacjentów

Raport NIK pokazuje stan, w jakim tkwimy od lat, ale chyba nawet środowisko lekarskie nie spodziewało się, że skala tego problemu jest tak olbrzymia.

w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Także przyjęcie w szpitalnym oddziale ratunkowym osoby, która nie znajduje się w stanie zagrożenia, jest naruszeniem tej ustawy. Jednak zazwyczaj lekarze nie odsyłają pacjenta bez wykonania mu podstawowych badań. – Jeśli pacjent na przykład zgłasza, że uderzył się w głowę, lekarz musi go poddać diagnostyce, bo nigdy nie wiadomo, jakie mogły powstać zmiany po takim uderzeniu. Ciężko jest na pierwszy rzut oka stwierdzić, czy zgłaszający się jest w stanie zagrożenia zdrowia czy nie, to ogromna odpowiedzialność i nikt nie będzie ryzykował – wyjaśnia prof. Zawadzki, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej. Potwierdzają to wyniki kontroli NIK. W Szpitalu Bielańskim w Warszawie spośród osób przyjętych w SOR w latach 2009-2011 (do 30 września), odpowiednio: 50,1 proc., 63,7 proc. i 74,2 proc. osób nie kwalifikowało się do udzielenia pomocy. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie wśród pacjentów przyjętych w SOR w 2011 r. (do 30 września) w każdym miesiącu średnio 50 proc. nie wymagało świadczeń ratujących życie. W Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie w badanym okresie (2009, 2010, 2011 – do 18 października) od 37 proc. do 45 proc. pacjentów miesięcznie nie kwalifikowało się do udzielenia świadczeń w SOR. Skrajny przypadek to SOR Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze, gdzie 80 proc. pacjentów, których przyjęto i zdiagnozowano, w ogóle nie powinno tam trafić.

Zdaniem cytowanego w raporcie NIK Cezarego Rzemka, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, gdyby badaniami kontrolnymi objęto SOR-y w szpitalach powiatowych, to okazałoby się zapewne, że jeszcze więcej osób nie powinno trafiać na te oddziały. Zgodził się, że żaden lekarz nie będzie ryzykował i nie odeśle pacjenta, jeśli będzie miał jakieś wątpliwości co do jego stanu zdrowia.

Dziurawy budżet

Pacjenci, którzy nie potrzebują opieki ze strony SOR, a tam trafiają, generują koszty, które de facto powinny być zabezpieczane przez inne gałęzie systemu opieki zdrowotnej. To powoduje problemy finansowe tych jednostek. Ponadto świadczenia udzielane w SOR-ach finansowane są według dobowej stawki ryczałtowej, która jest wyliczana indywidualnie dla każdej jednostki, a z ustaleń kontroli NIK wynika, że stawka ta nie jest w stanie w pełni pokryć kosztów niebieskich pacjentów. – To generuje olbrzymie starty dla takich oddziałów i dziury w ich budżetach. Oddział, który mam pod swoją opieką, wygenerował do listopada 2012 r. 6 mln zł strat. Uważam, że właściwszy byłby mieszany sposób finansowania – za gotować i wykonane procedury ratownicze – uważa prof. Juliusz Jakubaszko. NIK potwierdza w swoim raporcie złą kondycję finansową szpitalnych oddziałów ratunkowych. Na przykład w wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia w Poznaniu w okresie 2009-2011 (do 30 września) koszty funkcjonowania SOR w poszczególnych latach były wyższe od kwoty środków otrzymywanych z NFZ – odpowiednio o 41,9 proc., 47,3 proc. i 56,8 proc. W Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie w okresie objętym kontrolą kontrakty pokrywały koszty SOR w 42 proc. (w 2009 r.), 48 proc. (w 2010 r.) i w 53 proc. (w 2011 r. do 31 sierpnia). Podobnie było w innych kontrolowanych placówkach.

*Żaden lekarz
nie będzie
ryzykował i nie
odeśle pacjenta,
jeśli będzie
miał jakieś
wątpliwości co
do jego stanu
zdrowia.*

Zdaniem prof. Andrzeja Zawadzkiego problemem jest również podział całkowitej kwoty przeznaczonej na system ratownictwa medycznego, bo ZRM-y (zespoły ratownictwa medycznego) otrzymują trzy razy więcej pieniędzy niż SOR-y. – To niewłaściwa dysproporcja. ZRM-y działają właściwie, jest ich nawet za dużo, mają świetny sprzęt, a SOR, mimo że jest mózgiem i sercem SRM, jest traktowany po macoszemu – ocenia prof. Zawadzki.

Bez recepty, ale...

W ocenie NIK nie da się poprawić sytuacji szpitalnych oddziałów ratunkowych bez zmian systemowych w AOS i POZ. Na chwilę obecną pozostają jedynie działania doraźne, takie jak zatrudnienie w szpitalu lekarza dyżurnego, który dokona wstępnej oceny medycznej pacjenta i zdecyduje, czy go kierować do SOR-u czy odesłać. Pomocne jest też uruchomienie w szpitalu, w którym działa SOR, nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Wówczas lekarzowi SOR łatwiej jest odmówić pacjentowi pomocy, bo ma świadomość, że ktoś się nim jednak zajmie. Okazuje się także, że pomocne byłoby uruchomienie raportowania przedszpitalnego w przypadku pacjentów dowożonych przez karetki. – Podstawowy ZRM często boi się wziąć na siebie odpowiedzialność i niejako na wszelki wypadek wiezie pacjenta do SOR-u. Gdyby był bezpośredni kontakt takiego zespołu z lekarzem SOR, to łatwiej byłoby podjąć decyzję o odmowie przyjęcia – uważa prof. Jakubaszko.

Medycyna ratunkowa hamuje

Jednak problemy systemu ratownictwa medycznego to nie tylko kwestia finansowania SOR-ów. W tym obszarze opieki zdrowotnej odnotowuje się także duże problemy związane z samą kadrą medyczną. NIK w swoim raporcie zwraca uwagę stan zatrudnienia w stacjach pogotowia ratunkowego. Okazało się, że czasem zespoły wyjeżdżały do pacjenta w niepełnym składzie. Okazało się też, że braki kadrowe uzupełniano na podstawie umów cywilnoprawnych, co skutkowało tym, że niektórzy lekarze pracowali ponad swoje siły (rekordzista przepracował 662 godziny w miesiącu). Problemy kadrowe nie omijają także szpitalnych oddziałów ratunkowych. – Zespoły są zbyt małe, u mnie w SOR-ze jest dwóch lekarzy i jeden stażysta, a powinno być czterech lekarzy i stażysta. Lekarze są przeciążeni, a w takich warunkach nietrudno o pomyłkę. Dyrektorzy szpitali nie kwapią się jednak do zwiększania zespołów, bo SOR i tak przynosi straty. Poza tym nie tak łatwo znaleźć chętnych zarówno do pracy na oddziale, jak i w pogotowiu – relacjonuje prof. Jakubaszko.

Brakuje lekarzy specjalistów z dziedziny medycyny ratunkowej, a oni najtrafniej potrafią rozpoznać sytuację chorego. – Kiedy wprowadzano specjalizację z medycyny ratunkowej, był entuzjazm w środowisku lekarskim. Chętnych na odbycie rezydentury zgłosiło się trzy razy więcej niż było dostępnych miejsc. Specjalizacja stała się popularna, bo kojarzyła się z dynamiczną, pełną wyzwaniach pracą. Entuzjazm jednak szybko opadł w starciu z rzeczywistością. Ta specjalność jest specyficzna, potwornie trudna i niedochodowa. To lekarze pierwszej linii frontu, mający kontakt z pacjentem sfrustrowanym, którego zawiodły inne pozio-

my systemu opieki zdrowotnej. Pacjent bywa roszczeniowy i nierzadko jest pod wpływem środków psychoaktywnych. Obecnie miejsca rezydenckie na medycynę ratunkową nie są już oblegane – alarmuje prof. Zawadzki. – Obecnie mamy mniej niż 800 lekarzy z tą specjalnością, kolejnych 400 jest w trakcie jej odbywania. Rocznie do egzaminu specjalizacyjnego przystępuje około 50 lekarzy, a zapotrzebowanie w naszym kraju na specjalistów w tej dziedzinie to około 2,5-3 tys. lekarzy – dodaje prof. Zawadzki.

Lekarze niezbyt interesują się tą specjalizacją, a skutki tego zjawiska obserwowaliśmy w listopadzie 2012 r., kiedy to sejm w przyspieszonym trybie musiał uchwalić zmianę art. 57 ustawy o PRM. Ustawa określa, że od 1 stycznia 2013 r. w składzie osobowym specjalistycznych ZRM będzie mógł działać lekarz systemu, pielęgniarka systemu oraz ratownik medyczny. Pierwotny zapis art. 57 zakładał, że do 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezyjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii. Okazało się jednak, że na chwilę obecną znaczna liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego nie będzie spełniać tych warunków. Zdecydowano więc, że do 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być także lekarz posiadający 3 tys. godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w SOR, ZRM, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala (ale musi zacząć szkolenie specjalizacyjne z medycyny ratunkowej do 1 stycznia 2015 r.). Przeciwny tej zmianie był min. konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej. – To mnie uwiera jak szkło w bucie. 3 tys. godzin pracy w medycynie ratunkowej i jest się już lekarzem tego systemu. To nie jest dobre rozwiązanie. Nowelizacja może oddać motywację lekarzy do specjalizowania się w dziedzinie medycyny ratunkowej – ocenia. Także zdaniem prof. Jakubaszko takie doraźne działania niczego nie zmieniają, najważniejsze jest bowiem stworzenie skutecznej zachęty do podjęcia specjalizacji w medycynie ratunkowej. Jak zaznacza Maciej Hamankiewicz, Prezydium NRL opowiedziało się za tą zmianą, ale jednocześnie zwróciło uwagę, że konieczne jest podjęcie działań ułatwiających dostęp do specjalizacji w medycynie ratunkowej oraz poprawiające atrakcyjność tej szczególnie trudnej i odpowiedzialnej pracy w systemie.

Problem funkcjonowania SRM to także kwestia jakości jego działania, czyli pracy zarówno poszczególnych jednostek, jak i ludzi tam zatrudnionych (nie tylko lekarzy, ale też

ratowników, dyspozytorów etc...). Materia jest złożona i – jak się wydaje – wymaga gruntownej, przemyślanej naprawy. Od lat mówi się również o konieczności zmiany obowiązującej obecnie ustawy o PRM, ale na razie nic z tego nie wychodzi. Wypada mieć nadzieję, że spełnią się ostatnie deklaracje ministra zdrowia mówiące o tym, że prace nad nowelizacją mają ruszyć z początkiem 2013 r. ■

¹ Raport „Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa Medycznego”, Najwyższa Izba Kontroli, wrzesień 2012 (kontrolowano m.in. wybrane jednostki SRM. Kontrole odbyły się w okresie 4 sierpnia – 19 grudnia 2011 r.)

² Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.).

³ W skali Triage „Pacjent niebieski” to pacjent nie kwalifikujący się do przyjęcia w SOR (za: „Triage – ratunkowa segregacja medyczna”, K. Mackwey-Jones, J. Mardsen, J. Windle, wydanie I polskie red. Juliusz Jakubaszko, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012).

⁴ NIK postanowił przyrzeć się również NIŚPL – jak poinformowała Maria Gostryńska, przedstawicielka tej instytucji na Zjeździe zarządu głównego PTMR w grudniu 2012 r., ze wstępnych ustaleń wynika, że pomocy w NIŚPL szuka znikoma liczba pacjentów.

*Najważniejsze
jest stworzenie
skutecznej
zachęty do
podjęcia
specjalizacji
w medycynie
ratunkowej.*



**Romuald
Krajewski**

**Prezydent
Europejskiej
Unii Lekarzy
Specjalistów
(UEMS)**

Trudne czasy

W ochronie zdrowia w całej UE kryzys ekonomiczny powoduje wiele niekorzystnych zjawisk i staje się okazją do wycofania się z rozdmuchanych, niemożliwych do sfinansowania obietnic, które także w tym zakresie poczynili politycy.

Ponieważ już od bardzo dawna wiadomo, że główną przyczyną kosztów w ochronie zdrowia są lekarze (gdy lekarzy nie ma, wydatki są znacznie mniejsze), pojawia się wiele inicjatyw zagrażających nie tylko zatrudnieniu, ale także podstawowym zasadom wykonywania naszego zawodu.

Wobec nacisków ekonomicznych i organizacyjnych na ograniczanie dostępu do świadczeń i zmniejszanie kosztów (czyli liczby i zawartości) świadczeń szczególnym wyzwaniem staje się utrzymanie autonomii naszego zawodu, która wiąże się także z obowiązkami. Podstawowym jest działanie dla dobra chorego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i nieuleganie ani naciskom na zmniejszanie jakości świadczeń, ani na nieuzasadnione względami medycznymi mnożenie świadczeń zyskowych. Wszystkie organizacje lekarzy w Europie i w innych krajach mają jasne stanowisko w tej sprawie, oparte na tradycyjnych zasadach etyki naszego zawodu. UEMS przyjęła ponownie takie stanowisko na posiedzeniu rady w październiku (www.uems.net). Warto także zwrócić uwagę na stanowisko Zjazdu American Medical Association w sprawie zasad postępowania lekarzy zatrudnionych i kontraktowych (<http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2012-11-13-ama-adopts-principles-physician-employment.page>), które wskazuje na znane i u nas problemy, i podkreśla, że nieuleganie naciskom jest podstawą zaufania pacjentów do lekarzy.

Nadal trwa protest organizacji lekarzy europejskich przeciw próbom standaryzowania postępowania medycznego przez Europejski Komitet Normalizacji (CEN). Pomimo jasnego sprzeciwu środowiska, prace w CEN trwają i dlatego organizacje lekarskie przyjęły ponownie wspólne stanowisko w tej sprawie (<http://www.edomusmedica.eu/statements>). Podkreślamy, że tworzenie standardów postępowania w praktyce lekarskiej musi pozostać w rękach lekarzy. To jeszcze jeden ważny aspekt autonomii zawodu. Próby jej ograniczania stale powracają w różnej formie i rozpanoszona biurokracja stale wykorzystuje różne preteksty, aby wprowadzać kolejne ograniczenia, które w większości są lepiej lub gorzej zakamuflowanymi próbami ograniczania wydatków przy jednoczesnym wzroście... biurokracji.

Rada UEMS przyjęła także stanowisko w sprawie odpowiedzialności środowiskowej lekarzy. Podkreślono w nim, że tradycyjna aktywność społeczna naszego środowiska powinna także przejawiać się w rozpoznawaniu i sygnalizowaniu związanych ze środowiskiem problemów zdrowotnych (wg WHO czynniki środowiskowe są przyczyną około 20 proc. zgonów), a także w kształtowaniu społecznej dbałości o środowisko wobec wielkich wyzwań cywilizacyjnych związanych ze zmianą klimatu i zużywaniem zasobów naturalnych. ■

By leczyło się lepiej

Z Krzysztofem Bukielem, przewodniczącym Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (OZZL), rozmawiają Ryszard Golański i Marta Jakubiak.

Zgodnie z uchwałą ostatniego Krajowego Zjazdu Delegatów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy z 20 października 2012 r. – OZZL rozpoczął przygotowania do akcji grupowej rezygnacji z pracy lekarzy zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ma do niej dojść, jeżeli rząd nie spełni przedstawionych przez OZZL postulatów. Które z tych postulatów uważa Pan za najważniejsze?

Są dwie grupy postulatów zgłoszonych przez OZZL: postulaty lokalne, czyli te do zrealizowania na poziomie zakładu pracy, oraz postulaty systemowe ogólnopolskie, których spełnienie zależy od decyzji polityków. Obie grupy są zresztą ze sobą ściśle powiązane.

Najważniejsze postulaty na poziomie ogólnokrajowym, czyli systemowe, to m.in. zrównoważenie z koszykiem świadczeń gwarantowanych nakładów ze środków publicznych na ochronę zdrowia. Bardzo mocno akcentuję słowo „zrównoważenie”, nie mówię „zwiększenie”, ponieważ decyzja, czy nakłady będą duże, czy małe, jest rozstrzygnięciem ściśle politycznym. Nakłady powinny odpowiadać wielkości świadczeń gwarantowanych. Świadczenia na poziomie nieograniczonym dla pacjentów, taką obietnicę składa obecnie rząd, mogą istnieć tylko przy bardzo dużych nakładach. Jeżeli rząd nie jest w stanie takich nakładów zapewnić, powinien ograniczyć zakres świadczeń gwarantowanych. Nie można deklarować, że zapewni się tak wiele, a przekazywać tak mało pieniędzy.

Drugi postulat systemowy, bardzo ściśle związany z tym pierwszym, dotyczy wyceny świadczeń przez NFZ albo jakąś inną instytucję. Sama prezes Agnieszka Pachciarz stwierdziła, że obecnie racjonalna wycena praktycznie nie istnieje. Jeżeli nie ma racjonalnej wyceny, trudno nie tylko racjonalnie funkcjonować, ale też ocenić, czy szpital bankrutuje, jak np. Centrum Zdrowia Dziecka, dlatego że są przerosty zatrudnienia, niegospodarność, czy dlatego że są zbyt nisko wycenione usługi, które świadczy szpital, a za które płaci NFZ.

To dwa najważniejsze postulaty na szczeblu krajowym. Jeśli chodzi o postulaty lokalne, chcemy przede wszystkim poprawy wynagrodzeń lekarzy za jeden etat. Bardzo to podkreślamy, że za jeden etat, bo to, że lekarze mają dziś dochody na poziomie 10 czy 15, a niektórzy nawet 20 tys. zł, jest okupione ich ogromnym wysiłkiem, pracują po kilkanaście godzin, w kilku miejscach, przechodzą na ubruttowione kontrakty. Nie o to chodzi. Lekarz na umowę o pracę powinien za jeden etat zarabiać porównywalnie do prokuratora czy sędziego, czyli trzy średnie krajowe.

Powinniśmy także mieć prawo do kilku dni płatnego urlopu na szkolenia w ramach wypełniania obowiązku dokształcania się. Kolejny ważny postulat związany jest ściśle z tym, co ma się stać niebawem, czyli przekształcaniem szpitali w spółki prawa handlowego. Jeżeli szpitale zostaną przekształcone w spółki prawa handlowego, a wycena będzie

prowadzona jak dotychczas, czyli ustalana przez urzędników, powinny powstać ściśle minimalne, bezpieczne normy zatrudnienia. Oczywiście jest, że dyrektorzy i prezesi spółek prawa handlowego będą starali się obniżyć koszty, a czynić to będą w pierwszej kolejności przez redukcje zatrudnienia, nawet poza granice bezpieczeństwa chorych..

Postulujemy też o to, żeby lekarz nie musiał określać odpłatności za lek na recepcie ani nie był zobowiązany do weryfikowania, czy pacjent jest ubezpieczony i ma prawo do refundacji.

Jednym z argumentów przemawiających za przeprowadzeniem akcji jest to, że wzrost wynagrodzeń lekarzy w Polsce możliwy był jedynie w wyniku masowych protestów i strajków. W dokumentach zjazdu możemy przeczytać, że celem akcji jest wymuszenie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w Polsce i w konsekwencji zwiększenie wynagrodzeń personelu medycznego. Bardzo wielu polskich lekarzy jest zatrudnionych w oparciu o umowy kontraktowe. Być może oni nie będą zainteresowani udziałem w tej akcji...

Wynagrodzenia kontraktowe w ogromnej większości to ubruttowiona pensja etatowa. Moja pensja wynosi 4050 zł brutto plus 25 proc. premii, czyli w granicach 5000 zł brutto za pełny etat. I to jest wszystko, co lekarz zatrudniony w moim szpitalu na umowie o pracę może dostać. Jeżeli przeszedłbym na kontrakt, wskoczę na poziom wynagrodzenia 7500 zł brutto, ale będę musiał ponieść koszty, których pracownik etatowy nie ma. Niektóre indywidualne kontrakty są oczywiście bardzo atrakcyjne, jednak przeważająca większość jest na poziomie ubruttowionych pensji.

Nie prowadziłyby linii podziału między lekarzami zatrudnionymi na umowę o pracę a lekarzami kontraktowymi. Zarobki różnicują raczej specjalizacje i miejsca pracy niż formy zatrudnienia. Jeżeli w danym szpitalu pensja na umowę o pracę jest niska, kontrakty również są niskie. W większości przypadków to jedynie inna forma zatrudnienia na podobnych warunkach finansowych.

Inspiracją do tej akcji był zapewne sukces protestu czeskich lekarzy. Czy uważa Pan, że polscy lekarze są podobnie zdeterminowani i będą podobnie solidarni jak nasi czescy koledzy? Na jakich przesłankach opiera Pan wiarę w powodzenie tej akcji?

Nie jesteśmy takim monolitem, jakim byli przed swoją akcją Czesi czy Słowacy. Sytuacja lekarzy z tych krajów jest o wiele bardziej jednorodna, wszyscy są zatrudnieni na umowy o pracę. Istnieją siatki wynagrodzeń powszechnie obowiązujące, a sektor prywatnej służby zdrowia jest tam niezwykle ubogi, tak więc jedynym dochodem dla lekarza był dochód z umowy o pracę.

W Polsce zróżnicowanie lekarzy jest bardzo duże. Świadczenia w jednych specjalizacjach są wyceniane lepiej, w innych gorzej. Lekarze pracują w różnych

Nie prowadziłbym linii podziału między lekarzami zatrudnionymi na umowę o pracę a lekarzami kontraktowymi. Zarobki różnicują raczej specjalizacje i miejsca pracy niż formy zatrudnienia.

miejscach, a wynagrodzenia są uzależnione także od tego, gdzie jest się zatrudnionym, również w sektorze prywatnym. Niektórzy polscy lekarze są przedsiębiorcami. Ponadto jesteśmy dużo większym krajem i nasza grupa zawodowa jest znacznie liczniejsza niż w Czechach czy na Słowacji.

Mimo wszystko są czynniki, które pozwalają wierzyć, że proponowana przez nas akcja powiedzie się. Wszystkie szpitale niebilansujące się obecnie, będą musiały to zrobić jako spółki prawa handlowego. I powtarzam raz jeszcze: ratunkiem dla nich będzie tylko jedno – obniżyć pensje i ograniczyć zatrudnienie. Tak działo się już w placówkach, które taką przemianę przeszły. Od połowy 2013 r. w całej Polsce odczuwamy konsekwencje podobnych przeobrażeń. To zapewne będzie czynnik, który mocno zacznie integrować znaczącą grupę lekarzy.

W Czechach w podobnej akcji protestacyjnej wzięło udział około 30 proc. lekarzy, podobnie było na Słowacji. Nie wiem, ilu polskich lekarzy przyłączy się do naszej akcji, ale wiem, że jest ona potrzebna. Rządzący muszą dostać wyraźny sygnał ze strony lekarzy, że nie ma zgody na taką restrukturyzację szpitali, która polega na zmniejszaniu – i tak za niskich – pensji lekarzy i na redukcji zatrudnienia w sytuacji, gdy liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w Polsce i bez tego jest najmniejsza w Europie. Musi być też rozwiązana kwestia kształtowania wynagrodzeń lekarskich, aby nie zmieniały się one jedynie od strajku do strajku.

Przygotowywana przez OZZL akcja ma być fragmentem wspólnych działań związków zawodowych lekarzy z krajów „Grupy Wyszehradzkiej”: Polski, Czech, Słowacji Węgier. Na czym mają polegać te wspólne działania i kto je będzie koordynował?

W listopadzie 2011 r. członkowie grupy podpisali porozumienie o wspólnym działaniu i o wzajemnym wspieraniu akcji prowadzonych przez poszczególne związki. Dotychczasowa działalność wspólna miała jednak charakter bardziej symboliczny, jak np. pikietki pod koniec listopada 2012 r. zorganizowana przez OZZL przed MZ, a w Czechach, na Słowacji i na Węgrzech przed większymi szpitalami. Wspólne działania to wzajemne wsparcie, niekoniecznie organizowanie tych samych akcji protestacyjnych w tym samym czasie. Jednocześnie zwalnianie się z pracy lekarzy we wszystkich krajach grupy to cel najwyższy, jaki sobie postawiliśmy, ale trudno powiedzieć, czy zostanie osiągnięty.

Portal Medycyna Praktyczna opublikował wyniki badania płac lekarzy: przeciętna płaca lekarza specjalisty wynosi 4750 zł brutto za jeden etat w szpitalu. Wiemy, że w ciągu ostatnich lat płace lekarzy, choć może należałoby powiedzieć „dochody lekarzy”, bardzo się zróżnicowały. Jakie perspektywy ma przed sobą młody człowiek, który rozpoczyna wykonywanie zawodu?

Niepewność przede wszystkim. Choć w ostatnich latach zdarzyły się rzeczy, które bez wątpienia trzeba ocenić pozytywnie, jak np. uzyskanie pewnej stabilizacji przez rezydentów, m.in. dzięki temu, że ich pensje zostały podniesione przez minister Kopacz, w czym złośliwi dopatrują się pobudek osobistych, perspektywy są trudne. Gdyby rezydentury były dostępne dla wszystkich, byłoby wręcz bardzo dobrze. Ich liczba aktualnie jest dostosowywana do istniejących możliwości finansowych i zdaje się zmniejszać...

Poziom wynagrodzenia czy ewentualne możliwości rozwoju zależą od rodzaju specjalizacji. Jeżeli nie uda nam się wywalczyć zmian, o których wspominałem wcześniej, młodzi lekarze w przyszłości będą pracowali tak samo ciężko, jak ich starsi koledzy.

Jakie działania planuje zarząd OZZL w przyszłości? Dlaczego, Pana zdaniem, nie udaje się środowisku lekarskiemu skutecznie oddziaływać na rząd i parlament? Teoretycznie licząca 160 tysięcy inteligentna grupa zawodowa powinna mieć ogromną siłę przebicia. Tymczasem minione lata przyniosły niewiele sukcesów w realizacji naszych postulatów. Czy powodem takiej sytuacji może być fakt, że jesteśmy silnie podzieleni i rzadko mówimy jednym głosem, że brakuje nam konsekwencji w działaniu?

Na pewno środowisko lekarskie jest mocno podzielone. Bardzo dużo osób prominentnych w tym środowisku jest jednocześnie w jakiś sposób powiązanych z władzą czy od władzy zależnych. Nie prezentują one stanowiska środowiska lekarskiego. Myślę tu o niektórych specjalistach krajowych czy wojewódzkich, profesorach i szefach klinik, którzy już nie raz zaskakiwali nas, związkowców, swoimi wypowiedziami i podejmowanymi decyzjami.

Jednak stosunkowo niewielkie sukcesy w realizacji postulatów środowiska nie wynikają wyłącznie z tego, że lekarze są podzieleni. W Polsce nie ma ze strony rządzących dobrej tradycji poważnego traktowania nie tylko przeciwników politycznych, ale również pewnych grup społecznych. Dialog społeczny nie istnieje.

Zgodnie z Konstytucją RP i polskim prawem został powołany samorząd lekarski, któremu nadano pewne kompetencje. Przez rządzących nie jest on jednak traktowany z powagą. Gdy zgłasza konkretne zastrzeżenia do rozporządzeń czy ustaw, jego zdanie jest lekceważone. Przecież to państwo i rządzący zdecydowali, by nadać samorządowi lekarskiemu taką rangę, dlatego więc nie traktują go poważnie, nie liczą się z jego zdaniem? Rządzący stworzyli ścianę obojętności, od której odbija się wiele środowisk.

Ponadto wiele problemów związanych z życiem społeczno-gospodarczym i wiele decyzji dotyczących tej sfery nie jest podejmowanych w oparciu o merytoryczną dyskusję i opinię środowisk, ale stanowi realizację z góry założonego programu politycznego. Na takie traktowanie nie można się zgodzić. ■

W Polsce zróżnicowanie lekarzy jest bardzo duże. Świadczenia w jednych specjalizacjach są wyceniane lepiej, w innych gorzej.

Nieliczni, ale twardzi i nieustępliwi

Lucyna
Krysiak

Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim

leży w północnej części województwa lubuskiego, liczy niespełna 1200 członków i choć jest najmniejszą w Polsce, po reaktywacji samorządu lekarskiego zorganizowała się jako jedna z pierwszych.

Mieszkańców Gorzowa Wielkopolskiego i okolic charakteryzuje odwaga w wyrażaniu poglądów. Żartują, że cechy te mają zapisane w genach, jak wszyscy, którzy przybyli tutaj z Kresów Wschodnich. Wraz z wycofywaniem wojsk niemieckich miasto wyludniło się i zasiedlili je Polacy z Kresów. Tutejsi lekarze tworząc swoją izbę, zaczęli od zera. Nie mieli siedziby ani tradycji samorządowych, do których mogliby się odnieść – jednym słowem: nie mieli własnej legendy. Ten brak odniesienia się do historycznych wzorców, które dla wielu izb stały się opoką, sprawił, że lekarze z Gorzowa Wielkopolskiego i okolicznych powiatów (ślubicki, międzyszycki, strzelecko-drezdenecki) zapragnęli jak najszybciej zbudować własną izbę. Repatriancka przeszłość hartuje i w tych dążeniach byli nieugięci. Prezes OIL w Gorzowie Wielkopolskim, Jacek Zajączek, dobrze pamięta ten czas i wspomina go z nostalgią. W 1989 r. był delegatem na I Krajowy Zjazd Lekarzy, na którym zapadały kluczowe decyzje dotyczące kształtu samorządu lekarskiego. – Ustawa o samorządzie lekarskim dała nam prawo do samostanowienia, ale resztę trzeba było stworzyć i był to mozolny proces, który rozpoczął się już na pierwszym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej, gdzie powołano okręgowe izby lekarskie, wskazano ich stolice, wytyczono terytoria – tłumaczy prezes Zajączek. OIL zajmowała terytorium odpowiadające ówczesnemu województwu gorzowskiemu. Wcześniej były zakusy, aby lekarzy z województwa gorzowskiego i sąsiadującego z nim województwa zielonogórskiego włączyć do izby szczecińskiej. Lekarze z tych okolic w Szczecinie kończyli uczelnię medyczną, tam odbywali staże podyplomowe, zawierali pierwsze przyjaźnie, miłości, u wielu z nich pozostał więc sentyment do tego miasta. Takie związki są bardzo trwałe. Chcieli jednak sami budować swoją nową tożsamość na tzw. ziemiach odzyskanych, traktując to jako wyzwanie. Po kolejnej reformie administracyjnej, kiedy z części województw gorzowskiego i zielonogórskiego zostało utworzone województwo lubuskie, zamysł przynależności do Szczecina upadł. – To ma swoje plusy i minusy. W dużej izbie liczącej kilka, kilkanaście tysięcy członków łatwiej znaleźć chętnych do zaangażowania się w działalność, łatwiej też zaplanować budżet, bo liczba członków przekłada się na pieniądze pochodzące ze składek, ale w małej izbie lepiej widać pojedynczego lekarza i jego problemy – przekonuje prezes Jacek Zajączek. Takim problemem jest wojewódzki szpital, w którym większość lekarzy z tej izby znajduje zatrudnienie.

Jednak rozgłos zyskał nie z powodu nowoczesnych metod leczenia, ale największego w kraju zadłużenia. Swego czasu w Gorzowie Wielkopolskim były dwa szpitale wojewódzkie – tzw. stary i nowy. Połączenie tych placówek miało postawić lecnictwo w tym mieście na nogi, a zarazem poprawić poziom leczenia, dostępność do specjalistów, ale też podnieść poziom życia lekarzy. Restrukturyzacja nie rozwiązała – jak zakładano – większości tych problemów. Mimo tego gorzowscy lekarze nie wyobrażają sobie, że mogliby stracić autonomię, wierzą, że znajdzie się sposób, aby je rozwiązać. Prezes Zajączek zastrzega, że fuzja z którąś z izb pogorszyłaby tylko sytuację, ponieważ głosu lekarzy z północnej części województwa lubuskiego nikt by już nie usłyszał. – Demograficznie przegrywamy z naszymi sąsiadami, zawsze więc byłibyśmy w mniejszości – argumentuje swój pogląd. – Ale nie poddajemy się trudnościom, o czym świadczy choćby fakt, że właśnie kupiliśmy nowy lokal w biurówcu przy ul. Warszawskiej i jesteśmy w trakcie remontu – dodaje. Z przedmieść Gorzowa Wielkopolskiego OIL przeniesie się więc do centrum i woli być najmniejszą izbą z własną tożsamością, niż przestać istnieć.

Blisko granicy

Mało kto wie, że wielki, współczesny niemiecki poeta, pisarz i eseista, Gottfried Benn, był lekarzem i wywodził się spod Myśliborza. Jako lekarz wojskowy pełnił swego czasu służbę w koszarach w Gorzowie Wielkopolskim. Prezes Zajączek chciałby nagłośnić ten fakt, nadać mu właściwą rangę, aby stał się częścią historii społeczności lekarskiej miasta. Położenie Gorzowa Wielkopolskiego sprzyja kontaktom z Niemcami. Miasto leży zaledwie 53 km od granicy i 135 km od Berlina. Ta bliskość pozwala rozwijać turystykę medyczną i emigrować gorzowskim lekarzom w poszukiwaniu lepszej pracy. Niemieccy pacjenci chętnie przyjeżdżają do Gorzowa Wielkopolskiego leczyć zęby i chwalą zarówno kwalifikacje tutejszych stomatologów, jak i wyposażenie gabinetów. Korzystają także z usług prywatnych klinik w dziedzinie chirurgii plastycznej. Chcą się tu leczyć, bo jest taniej, a poziom leczenia nie odbiega od niemieckiego. Także lekarze z gorzowskiej izby mają blisko do Niemiec. Swego czasu popularne były weekendowe dyżury w niemieckich szpitalach i przychodniach. Aby dorobić do pensji, nie trzeba było się przeprowadzać, rozstawać na dłużej z rodziną, rozpoczynać nowe życie. Wystarczyło wsiąść w samochód i pojechać do pracy, tak jak

*Tutejsi
lekarze
tworząc
swoją izbę,
zaczynali
od zera. Nie
mili siedziby
ani tradycji
samorządo-
wych, do
których
mogliby się
odnieść
– jednym
słowem: nie
mili własnej
legendy.*

to robią mieszkańcy spod Londynu, Warszawy czy Nowego Jorku. – Dla kresowiaków etos sięgający okresu zaboru pruskiego tych ziem nie jest tak silnie odczuwalny, jak dla mieszkańców innych regionów Polski, co pozwala bez wielopokoleniowych uprzedzeń podchodzić do wielu spraw, również tych związanych z pracą – mówi Jacek Zajączek. Niepokoi się jednak, że coraz więcej młodych lekarzy, jeszcze przed specjalizacją, czyli już na starcie zawodowego życia, decyduje się na wyjazd. Gorzów Wielkopolski i okoliczne powiaty są stosunkowo ubogie, wysoka stopa bezrobocia, niskie zarobki, źle rokują na przyszłość. Przekłada się to na finansowanie opieki zdrowotnej. Nie rozpieszczą ich też władze. Do tej pory lekarze pamiętają słynny algorytm, który dla województwa gorzowskiego oznaczał finansowe cięcia i zubożenie. Również reforma administracyjna nie wyszła Gorzowianom na zdrowie. Powiaty z potencjałem przeszły do Zielonej Góry, biedniejsze pozostały przy Gorzowie Wielkopolskim, co odbiło się natychmiast na ściągłości i wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz finansowaniu lecznictwa.

Nie jest łatwo

Siedziba OIL w Gorzowie Wielkopolskim znajduje się na parterze, w bloku przy ul. Dąbrowskiego 9. Jest ciasna, ale – jak mówią lekarze – własna. Jej wykupienie wpłynęło na nich budująco. Choć nie ma tam miejsca, aby odbywały się zjazdy czy duże konferencje (przestronnymi pomieszczeniami służy

izbie Wojewódzka Biblioteka Publiczna), członkowie izby czują się tu jak w domu. – O to nam właśnie chodziło, aby lekarze wiedzieli, że przychodzą do siebie, a nie do biura, bo to oni są samorządem, a nie ten budynek – zastrzega Ewa Joniec, która w III i IV kadencji była prezesem OIL, a obecnie piastuje funkcję wiceprezesa. Podobnie jak obecny prezes Jacek Zajączek, prezes I kadencji Bogdan Kaczmarek, szef II kadencji Mariusz Król i Jolanta Małmyga, która była prezesem w V kadencji, jest z samorządem od początku. Niepokoi ją jednak, że w Okręgowej Radzie Lekarskiej widzi wciąż te same twarze. Uważa, że potrzeba świeżej krwi, ale dziś, w dobie gonitwy za pieniądzem, w dobie rozstrzygania skomplikowanych kwestii związanych z przepisami dotyczącymi prowadzenia praktyk lekarskich, zawierania umów kontraktowych, niełatwo nakłonić młodych lekarzy do działania w samorządzie. Mają oczekiwania, ale nie chcą włączyć się w działanie. Zdaniem Ewy Joniec czasy, kiedy tworzone struktury samorządowe, minęły, minął też romantyczny entuzjazm i zapał. Dwie kadencje, którym przewodniczyła Ewa Joniec, to był okres reformy administracyjnej i tworzenia kas chorych. Lekarze liczyli wtedy na poprawę kondycji finansowej szpitali i przychodni, walczyli o lepsze warunki pracy i wyższe wynagrodzenia. Chcieli też być partnerem dla władz w tworzeniu nowych aktów prawnych, regulujących funkcjonowanie opieki zdrowotnej. – Jest to praca społeczna angażująca własny czas i energię, młodzi lekarze nie kwapią się, aby je poświęcić – mówi. Kadencje te

*Prezes Zajączek
zastrzega,
że fuźja
z którąś z izb
pogorszyłaby
tylko sytuację,
ponieważ
głosu lekarzy
z północnej
części
województwa
lubuskiego
nikt by już nie
usłyszał.*

*Rozdarcie
pomiędzy pracą
zawodową
a działalnością
ogranicza też
dyspozycyjność
samorządowca.*

przebiegały pod kątem tworzenia nowoczesnego rejestru lekarzy, prasy samorządowej, mechanizmów komunikowania się z członkami. Powstał też Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy i OLL wspomagała ten związek w trudnym okresie organizowania akcji protestacyjnych lekarzy i strajków. Obecna kadencja jest nastawiona przede wszystkim na szkolenia, głównie z prawa medycznego. A jaka będzie przyszłość? W opinii prezesa Zajączka, w dużej mierze będzie zależała od tego, w jakim kierunku będą ewoluowały obecne struktury samorządowe. Jego zdaniem bezpowrotnie zakończyła się era społecznikowska, trzeba więc postawić na działaczy etatowych. Oddelegowanie do działalności samorządowej wiąże się dla lekarza z utratą dochodów i staje się coraz większą przeszkodą. Rozdarcie pomiędzy pracą zawodową a działalnością ogranicza też dyspozycyjność samorządowca. W obecnej rzeczywistości nie sposób pogodzić pracy z działalnością bez uszczerbku dla jednej lub drugiej sfery. ■

Warto wiedzieć

Metryka Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim

Terytorium: województwo lubuskie

Adres siedziby: ul. Jarosława Dąbrowskiego 9, 66-400 Gorzów Wielkopolski

Kontakt: tel./faks 95/722-54-95, tel. 95/735-62-39,

e-mail: gorzow@hipokrates.org

Liczba członków: 1098 członków, w tym 807 lekarzy i 291 lekarzy dentystów

Liczba delegatów na zjazd: 56

Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 13

Prezes: Jacek Zajączek

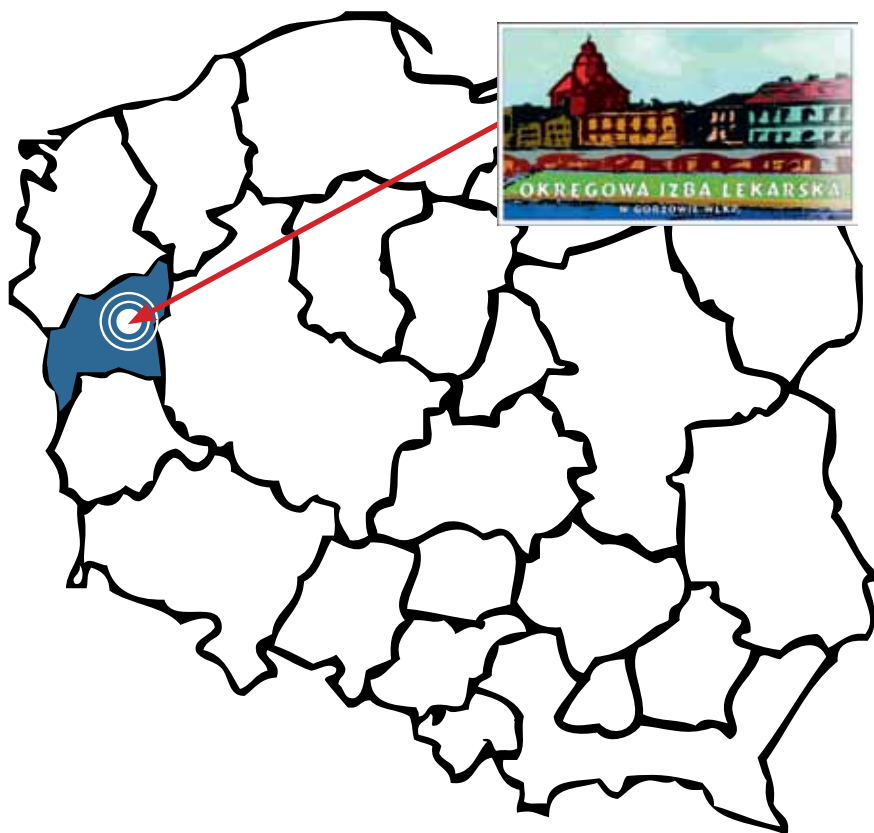
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Piotr Kleinhardt

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: Ryszard Iliaszewicz

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej: Jerzy Homa

Liczba pracowników etatowych: 2

Liczba samorządowców na etacie: 0



Szacunek i zaufanie

Wzajemne więc szkodzenie sobie jest przeciwne naturze, wzajemnym zaś szkodzeniem jest uczucie gniewu i nienawiści.

Marek Aureliusz

Weszliśmy w Nowy Rok 2013. To ważny czas dla naszej korporacji zawodowej. Kończy się następna kadencja, moim zdaniem jedna z najtrudniejszych, obfitująca w liczne zmiany zarówno w działalności leczniczej, jak i pracy lekarzy. Biurokratyczne modelowanie przepisów i nieprze-myślane decyzje dysydenów utrudniły życie nie tylko białemu personelowi, ale przede wszystkim chorym. Wnieśli dużo chaosu i zamieszania w tak ważną, a zarazem delikatną sferę zdrowia i życia społeczeństwa. W bardzo trudnej sytuacji zostali postawieni wszyscy lekarze i ci, o których zdrowie zabiegają. Pojawił się problem braku wzajemnego zaufania i szacunku wszystkich do wszystkiego, do procedur, instytucji i do samych siebie. A społeczności, które nie ufają sobie wzajemnie, źle się rozwijają i źle rokują na przyszłość.

„Można mówić, co się myśli, nawet kiedy się nie myśli” – powiedział Edward Rutherford – ale to nie znaczy, że trzeba zawsze i za wszelką cenę głosić swoje idee, nie licząc się ze zdaniem większości. A jedynym celem, który chce się osiągnąć, jest zniszczenie oponenta. Uznawanie jedynie własnych poglądów za słuszne i prawdziwe, nieakceptowanie tego, co mówią inni, nie jest najlepszą metodą poprawiania sytuacji. Coraz częściej dochodzą do głosu osoby, które za wszelką cenę chcą zaistnieć. Stałe negowanie działalności innych tylko dlatego, że wyrażają wolę większości, odmienną od wizji pomysłodawców, niczemu nie służy i nie pomaga, a patrzenie złym okiem na próby wspólnej pracy i jednoczenia sił, zniechęca wszystkich. Współczesne społeczeństwa zdominowała agresja, która zastępuje pokojowe metody rozwiązywania problemów.

Chciałabym, aby w Nowym Roku królował entuzjazm i zapał do wspólnego działania, tak jak w okresie tworzenia samorządu. Władza wynika z woli i zaufania większości do wybranych przedstawicieli. Krytyczna postawa wobec innych nie rozwiązuje żadnych problemów. Wielokrotnie bywa tak, że wygrywa ten, kto spokojnie i rozważnie próbuje poprawić istniejącą rzeczywistość bez niszczenia porządku budowanego przez lata.

Kultura dialogu wymaga rozmów, a nie zachowań podobnych do walczących o kość – wygłodniałych zwierząt. Wzajemny szacunek jest najważniejszy i nie zdobywa się go siłą. Szanujmy wrogów i przyjaciół,

gdyż takim postępowaniem sami na ten szacunek zasłużymy. Tylko ten, kto szacunku zazna, potrafi go wzbudzić. A ten, kto nie szanuje innych, sam nie będzie szacunkiem darzony.

Rozpoczyna się Nowy Rok i wybory do samorządu według innych zasad. Odłóżmy na bok wszelkie animozje i nieporozumienia, a zadbajmy o wybór tych, którzy chcą i potrafią pracować dla dobra wszystkich bez oczekiwań na osobiste profity. Zachęćmy do pracy w samorządzie młodych, przekażmy im własne doświadczenia i wysłuchajmy tego, co mają do powiedzenia. Musimy im zaufać, oni już inaczej patrzą na funkcjonowanie opieki zdrowotnej, szkolenia i medycynę. Życie toczy się bardzo szybko i ciągle przyspiesza. Powstają nowe technologie i należy za nimi nadążyć. Od lat mówimy o zmianie programów nauczania na studiach medycznych. I niby coś się poprawia i wdraża, ale w takim tempie nigdy nie uda się dogonić teraźniejszości, a co dopiero wejść w przyszłość.

Przygotowuje się nowe programy specjalizacyjne i zmiany zasad szkolenia podyplomowego, tylko że przepisy je wprowadzające nie uwzględniają doradztwa nauczycieli praktyków i podpowiedzi młodych. Decyzje podejmują politycy. W tym miejscu powinien zdecydowanie i zgodnie zadziałać nasz samorząd zawodowy. Zadbajmy o włączenie młodych do tej wcale niełatwej pracy i przekażmy im swoje doświadczenia. Zwracam się też do młodych, aby aktywnie zaczęli uczestniczyć w życiu samorządu – na pewno macie wiele ciekawych i dobrych pomysłów, by zmieniać nasz świat lekarski na lepsze. Wnieście zapał i entuzjazm, przecież to do was należy przyszłość.

Gdy obserwuje się aktualną sytuację, można odnieść wrażenie, że nikomu nowemu nie chce się pracować dla dobra innych. A przecież z pewnością tak nie jest. Dlatego pytam wszystkich: czego oczekują od samorządu i jak chcieliby zrealizować swoje pomysły, gdyż moim zdaniem właśnie teraz jest odpowiedni czas na takie pytania, na wprowadzanie korzystnych zmian dla całej naszej społeczności lekarskiej, na satysfakcję, uznanie i szacunek.

W Nowym 2013 Roku życzę nam wszystkim dobrych wyborów. ■



**Jolanta
Małmyga**

**Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.**

*Kto nigdy
szacunku nie
odczuł,
ten nigdy też
szacunku nie
wzbudzi.*

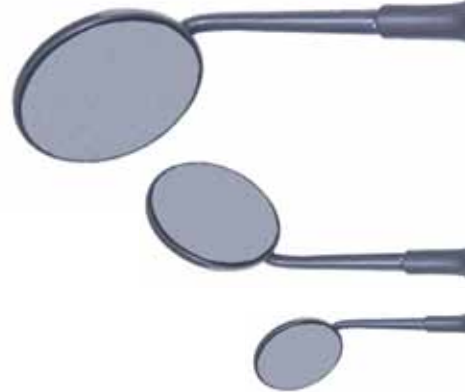
*Marie von Ebner
-Eschenbach*



**Anna
Kurhańska-
Flisykowska**

Przewodnicząca
Komisji
Stomatologicznej
WIL, konsultant
wojewódzki
w dziedzinie
periodontologii
w Poznaniu

Specjalizacje w stomatologii – kontrowersje



W grudniowym wydaniu „Gazety Lekarskiej” ukazał się artykuł pełen troski o to, by przy nowoczesnym sprzęcie nie stali źle wyspecjalizowani dentyści, a także o możliwość powstania w stomatologii luki pokoleniowej. Oto kilka słów, jak sytuacja ta wygląda z perspektywy nauczyciela akademickiego.

Poruszając temat specjalizacji, nie sposób nie zapytać, za czyje pieniądze należy kształcić w Polsce młodych specjalistów. To chyba kluczowe pytanie dla jakości specjalizacji i ich dostępności. W kwietniu 2012 r. miałam przyjemność uczestniczyć w spotkaniu Komisji Młodych Lekarzy, organizowanym przy współudziale WIL w Poznaniu. Takiego ataku na programy specjalizacyjne, kierowników specjalizacji, konsultantów wojewódzkich i krajowych nie słyszałam jeszcze nigdy. Zdaniem młodych, wszyscy nauczyciele są interesowni, nie mają czasu, nie opiekują się należycie stażystami, nie przepytują ich i nie uczą. W tekście „Stroma droga do specjalizacji” czytamy: „trzeba zrobić wszystko, by po studiach specjalizowało się jak najwięcej młodych lekarzy”. Jakie zarzuty najczęściej stawiają lekarze praktycy, opiekunowie stażu podyplomowego, obecnym absolwentom? Brak umiejętności podejmowania decyzji w średnio trudnych przypadkach, co oznacza pacjenta z bólem i obrzękiem w piątek po południu. Zwykle dotyczy to absolwentów, którzy w życiu usunęli tylko dwa trzonowce, a resztę punktów zdobyli, zakładając „opatrunki” bądź asystując. I dobrze, bo to świadczy i o lepszej opiece stomatologicznej, i o wyższej świadomości pacjentów, którzy nie chcą usuwać zębów. A może też o tym, że kliniki uniwersyteckie powinny mieć umowy z NFZ na przyjmowanie pacjentów bólowych (a nie usuwanie zatrzymanych zębów mądrości na zlecenie ortodontów estetycznych). Kliniki są dosłownie zarzucone przypadkami endodoncji w trzonowcach i to leczenie absolwentom przychodzi o dziwo dość sprawnie i budzi radość opiekunów.

Dlaczego absolwenci innych kierunków, niewątpliwie ważnych i niezbędnych, za swoje MBA płacą sami i to bardzo poważne pieniądze albo zdobywają granty, albo – o zgrozo – uczą się po trzydziestce lub czterdziestce? Będą żyli średnio lat 83, więc kiedyś odpoczną. Szkolenie specjalizacyjne w stomatologii w USA trwa trzy lata i jest odpłat-

ne. Lekarz, jeśli ma życzenie, składa aplikację, czeka na rozmowę kwalifikacyjną i jeśli zostanie przyjęty, płaci 70 tys. dolarów rocznie przez trzy lata doskonalenia z własnej kieszeni. Fakt, młody zdolny dostaje zwykle 10 tys. dolarów miesięcznie jako swoją pierwszą wypłatę, spłaca kredyt za studia i odkłada na rezydenturę. Uniwersytet zadba, aby rezydent wykonał w trakcie specjalizacji z periodontologii minimum osiemdziesiąt implantów. A ponieważ kilka zrobił już na studiach, po którymś razie uniwersytet zapłaci mu za wykonany zabieg 100 proc. ustalonej kwoty bez potrącania kosztów materiałowych. Poznańscy absolwenci z programu dla studentów angielskich płacą za tę samą periodontologię ok. 15 tys. euro rocznie w Szwecji i trochę więcej w Maastricht. Mieszkają tam, utrzymują się i właściwie nie zarabiają, lecz inwestują w siebie. Jak jest u nas? Uważamy, że w kształceniu przyszłych specjalistów ma inwestować państwo. Nie płaci się grantów, ale są pensje rezydentkie dla szczęśliwców – bez względu na ilość i jakość wykonanej pracy oraz wkład kierownika specjalizacji. Zdany egzamin specjalizacyjny i często uzyskany stopień doktora nauk medycznych to przecież droga do osobistej kariery. Na pytanie, czy w swoich praktykach prywatnych ci szczęśliwcy zamierzają kształcić innych, odpowiedź najczęściej brzmi: nie. Chcą się dalej szkolić sami. I nie jest ważne, jak zdali egzamin, najważniejsze, że mają otwartą drogę do zdobywania kolejnych specjalizacji. Tylko po co? Zazwyczaj dla własnych profitów. Nie mają ochoty inwestować w przekazywanie wiedzy następnym pokoleniom. Bo kogo obchodzi dziura pokoleniowa...? Jeśli tak jest, to niech zainteresowani specjalizacją robią je za własne pieniądze. W sesji jesiennej 2012 r. zachowawczą zdawały prawie wyłącznie osoby, które ukończyły studia w roku 2007. Zdaly świetnie LDP, a nie na 56 proc. jak średnio zdają pozostali.

*Jakie zarzuty
najczęściej
stawiają lekarze
praktycy,
opiekunowie
stażu
podyplomowego,
obecnym
absolwentom?
Brak
umiejętności
podejmowania
decyzji
w średnio
trudnych
przypadkach.*

W USA zaliczony National Board oznacza 75 proc. poprawnych odpowiedzi, jednak żadna szanująca się praktyka nie zaprosi na rozmowę lekarza, który zdał poniżej 85 proc. – to za słaby wynik.

Przez wiele lat, jako członek Państwowej Komisji Egzaminacyjnej, dwa razy w roku słyszałam pytanie zadawane nowym specjalistom: kto z państwa zechce wystąpić z wnioskiem o akredytację dla swojej praktyki, aby szkolić innego lekarza? W powietrzu dźwięczała martwa cisza. I z pewnością wiele osób zgodzi się ze mną, że trochę wstyd, żeby nikt... Znajdzie się jednak gro takich, którzy przyjmą tę ciszę ze zrozumieniem, bo...: trzeba ograniczyć własnych pacjentów, trzeba ich przesunąć do innego lekarza, a przecież „nie wpuszcza się wilka do owczarni”, poza tym nie ma dobrych ubezpieczeń, jest mało rezydentur, a jeszcze mniej trafia ich poza kliniki, choć w stomatologii się to zdarza, a co będzie, jeśli na zgłoszone miejsce nie dostanie się ktoś, kogo chcemy tam widzieć, ale całkiem obca osoba – czy wtedy się wykreślę? Nie wykreślę się, bo... MZ zabierze miejsce specjalizacyjne. To nie fair, przecież każdy może zgłosić swoje miejsce, tyle ludzi ma dwa stanowiska pracy, a może nawet więcej. A przecież starzejemy się i będzie luka pokoleniowa. A może po egzaminie lepiej zostać bez kontraktu z NFZ, nie być lekarzem dla ubogich, nie każdy przecież musi... A cele zdrowia na 2020 r.? Kogo to właściwie obchodzi? Podobnie jak luka pokoleniowa... Jedno, co nas obchodzi, to marne stawki w NFZ i parę groszy więcej za specjalizację, kontynuację i bezawaryjną pracę. Przy takim podejściu, wszystkiemu byłby więc winien NFZ?

A gdyby przyjąć, że każdy jest dobrym lekarzem ogólnie praktykującym i za nic więcej nie dostaje się punktów? Amatorów specjalizacji – kosztem zdrowia, urody i młodości – z pewnością by ubył. Z pożytkiem dla wszystkich, byłoby ich około 20 proc. w każdym roczniku i tak naprawdę są to chyba zawyżone szacunki. Bo stomatologia sama w sobie jest specjalizacją medyczną, tylko nie dla tych, którzy są lekarzami na 56 proc.

Być może izby lekarskie nie muszą wydawać stałego prawa wykonywania zawodu osobom z marnym wynikiem LDEP-u, nie dając tym samym podstaw do płaczliwego użalania się, że na uczelni niczego lekarza nie nauczono? Czy patron stażu ma prawo zażyczyć sobie listy wykonanych podczas studiów przez stażystę zabiegów?

W październiku uczelnie rozpoczęły kształcić wg nowych programów, ale jeszcze przez cztery lata będą napływali lepiej czy gorzej przygotowani stażyści. Życzę im wymagających, mądrych szefów. Lekarzy stomatologów (nie stomatologów estetycznych). Znam ich wielu: rzetelnych, świetnych, światłych, życzliwych i kompetentnych. Nigdy im tak naprawdę nikt nie podziękował. Niech im się szczęści.

Temat specjalizacji w stomatologii budzi wiele kontrowersji. I zapewne będzie poruszany jeszcze wielokrotnie. Każda ze stron tej dyskusji będzie chciała bronić swoich racji, przekonując o ich słuszności. Myślę jednak, że warto spojrzeć na ten problem całościowo, nie tylko z własnej perspektywy, uczciwie odpowiedzieć na pytanie, jak dużo dają od siebie, a czego oczekują od innych. ■



**Małgorzata
Serwach**

Adiunkt Katedry
Prawa Cywilnego
Uniwersytetu
Łódzkiego

*Podjęte
działania
wyraźnie
wskazują, że
ustawodawca
nie posiadając
konceptji, jakie
rozwiązanie
powinno być de
facto przyjęte,
stosuje
metodę
„odłożenia
problemu na
później”.*

Obowiązkowe czy dobrowolne?

Nowelizacja przepisów odnoszących się do umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych oraz jej skutki

1. Z dniem 30 czerwca 2012 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o działalności leczniczej oraz innych ustaw¹ zmieniająca kwalifikację ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w określonym czasie (do 31 grudnia 2013 r.). W ten sposób wskazane ubezpieczenie w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 29 czerwca 2012 r. miało charakter ubezpieczenia obowiązkowego, po to, aby od 30 czerwca 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. stać się ubezpieczeniem dobrowolnym, a następnie od 1 stycznia 2014 r. ponownie nabrać obligatoryjnego charakteru. Podjęte działania wyraźnie wskazują, że ustawodawca nie posiadając koncepcji, jakie rozwiązanie powinno być de facto przyjęte, stosuje metodę „odłożenia problemu na później”. Podstawowym motywem wprowadzenia powołanej nowelizacji był bowiem fakt, że większość szpitali nie zawierała umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, w konsekwencji istniało zagrożenie, że organ założycielski wystąpi z wnioskiem o wykreślenie podmiotu leczniczego z rejestru. Ryzyko zastosowania niniejszej sankcji, a jednocześnie swobodnego rodzaju niemożliwość jej zastosowania (trudno sobie wyobrazić sytuację, w której organ rejestrowy występowałaby o wykreślenie szpitala jedyne na terytorium danej gminy lub wysokospecjalistycznego z oddziałem SOR) prowadziły do powstania bardzo trudnej sytuacji faktycznej i prawnej.

2. Przesunięcie w czasie konieczności rozstrzygnięcia zagadnienia związanego możliwością wystąpienia zdarzenia medycznego oraz obciążeniem szpitali koniecznością opłacenia dodatkowej składki nie tylko nie prowadzi do jego rozwikłania, ale wręcz przeciwnie – stwarza kolejne wątpliwości. Pomijając kwestię, że kierownicy podmiotów leczniczych, którzy działali zgodnie z prawem, zawierając umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, uznali, że zostali w ten sposób „ukarani”, powstaje uzasadnione pytanie, jaki charakter mają po 30 czerwca br. zawarte przez nich umowy ubezpieczenia. Czy zmiana kwalifikacji prawnej dotyczy wszystkich stosunków ubezpieczeniowych, w konsekwencji ich umowy ubezpieczenia mają również charakter dobrowolny i mogą być w każdym czasie rozwiązane na podstawie zgodnego porozumienia stron?

3. Niezależnie od zasygnalizowanych zastrzeżeń powołana nowelizacja dowodzi, że w praktyce mogą być dokonane trojakiemu rodzaju modyfikacje. Rozwiązaniem podstawowym jest uzależnienie „sumy ubezpieczenia w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia od liczby łóżek w szpitalu i sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego”. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego wynosi nie mniej niż 1000 zł. Jeżeli podmiot leczniczy posiada certyfikat akredytacyjny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia² w zakresie lecznictwa szpitalnego, suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego jest pomniejszana o 10 proc. Uzależnienie minimalnej sumy ubezpieczenia od równowartości iloczynu liczby łóżek w szpitalu pozwala na uznanie, że dopuszczalne jest także obniżenie wskazanej w konkretnej umowie ubezpieczenia kwoty; wysokość sumy ubezpieczenia nie może być jednak niższa niż 300 tys. zł.

4. Innym dopuszczalnym rozwiązaniem jest wprowadzenie do umowy ubezpieczenia tzw. zagregowanej franszyzy integralnej w oznaczonej wysokości nie wyższej niż 50 proc. sumy ubezpieczenia. Franszyza integralna oznacza łączną kwotę wszystkich świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do której wyłączona jest odpowiedzialność ubezpieczyciela. Ustawodawca przewidział jednocześnie rozłożenie ciężaru naprawienia szkody. Szpital jest bowiem „zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, do wysokości zagregowanej franszyzy integralnej pozostającej na udziale tego podmiotu leczniczego” (art. 25 ust. 1e pkt 1). W razie przekazania odpowiedniej wypłaty podmiot leczniczy jest obowiązany powiadomić o tym fakcie ubezpieczyciela w terminie 14 dni od jej dnia dokonania. Natomiast ubezpieczyciel „jest zobowiązany do wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku wypłaty przez podmiot leczniczy świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej,

o łącznej wartości odpowiadającej wysokości zagregowanej franszyzy integralnej” (art. 25 ust 1e pkt 2). Ostatnie sformułowanie jest nie tylko nieprecyzyjne, ale przede wszystkim niejasne i niezrozumiałe dla podmiotów, do których jest kierowane. Stanowi ono niesłychanie skomplikowany, nieznany dotychczas stosunkom ubezpieczeniowym ustawowy system wyliczenia sumy ubezpieczenia, który może być traktowany jako nadregulacja.

5. Możliwe jest ponadto wprowadzenie do umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych trzeciego rozwiązania, czyli proporcjonalnego udziału własnego podmiotu leczniczego w ustalonej wysokości nie wyższej niż 50 proc. sumy ubezpieczenia. Zaproponowana przez ustawodawcę kwota udziału własnego jest bardzo wysoka tym bardziej, że ma być ona liczona od sumy ubezpieczenia, a nie wysokości należnego świadczenia.

6. Przewidziane rozwiązania budzą też wiele praktycznych zastrzeżeń. Jak wcześniej wskazano, niezrozumiałym jest mechanizm określenia wysokości sumy ubezpieczenia, nawet ten, który przez ustawodawcę traktowany jest jako podstawowy. Trudno ustalić, z jakich powodów kryterium stanowi ilość łóżek, a nie ilość chorych hospitalizowanych w danym szpitalu. Możliwość wystąpienia zdarzenia w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub śmierci odnosi się do pacjenta, tylko on może bowiem ponieść szkodę na osobie. Nie zostało ponadto doprecyzowane, w jakiej chwili należy „liczyć” ilość łóżek. Po zawarciu umowy ubezpieczenia może dojść nie tylko do zmiany przyjętej wartości, ale też do likwidacji konkretnego oddziału lub przeciwnie – do powstania nowego. Czy w takim przypadku ubezpieczyciel będzie uprawniony do żądania podwyższenia składki ubezpieczeniowej i czy w ogóle dojdzie do zwiększenia jego odpowiedzialności? Osobną kwestię stanowi kontrola dokonanego wyliczenia (ilość łóżek może być zaniżona) oraz ocena skomplikowanego mechanizmu wyliczenia, który wydaje się wypaczać samą ideę wprowadzenia ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Jeszcze więcej zastrzeżeń budzą dwie kolejne możliwości modyfikacji umowy ubezpieczenia, które powodują przerzucenie na podmiot leczniczy części ryzyka. Nie sposób dopatrzeć się interesu szpitala w opłacaniu składki, a następnie partycypowaniu z podmiotem, który składkę otrzymał, w tak dużej części świadczenia. W praktyce może się okazać, że zaakceptowanie przez ubezpieczyciela franszyzy integralnej spowoduje, że przy małej ilości zdarzeń medycznych lub przy niskich kwotach wypłaconego odszkodowania lub zadośćuczynienia szpital opłaci składkę ubezpieczeniową, a pomimo to będzie odpowiadał do wysokości „za-

gregowanej franszyzy integralnej pozostającej na udziale tego podmiotu”, w konsekwencji nie zostanie uruchomiona odpowiedzialność ubezpieczyciela. Jeżeli podmiot leczniczy posiada 1000 łóżek i zawrze umowę z ustalonym udziałem własnym w wysokości 50 proc. wysokość udziału własnego może też przekroczyć maksymalną sumę ubezpieczenia (300 tys.).

Sytuację placówek medycznych komplikuje fakt, że skoro „nowe” ubezpieczenie ma charakter dobrowolny mogą one nie uzyskać żadnej ochrony ubezpieczeniowej i w konsekwencji w pełnym zakresie ponosić odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych. ■

¹ Dz.U. 2012, poz. 742. Zmiana powyższa została wprowadzona do ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654).

² Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

Kompetencje miękkie w pracy lekarza

**Kinga
Wojtaszczyk,
Romuald
Krajewski**

W zawodach lekarza i lekarza dentysty, obok wiedzy medycznej oraz umiejętności praktycznych, stanowiących „twardą” podstawę wykonywania zawodu, coraz bardziej doceniane i przydatne są umiejętności psychospołeczne, zwane kompetencjami miękkimi.

Na studiach medycznych i podczas specjalizacji czas przeznaczony na kształcenie kompetencji miękkich jest bardzo ograniczony. Zakłada się, że w relacjach z pacjentami i z współpracownikami lekarze będą naśladować dobre wzory zachowań, które obserwują podczas studiów i szkolenia. W efekcie, kiedy lekarze stają się samodzielni, ich postępowanie jest zwykle oparte na własnej intuicji i „doświadczeniu życiowym”.

Duża liczba pacjentów, praca w wielu miejscach, biurokracja i naciski administracyjne, nieadekwatność wynagrodzeń w stosunku do wymogów, ciągle zmieniające się przepisy prawne, mogą prowadzić do niezadowolenia i frustracji. Zmieniają się też oczekiwania i podejście pacjentów, którzy są coraz lepiej wyedukowani, dopominają się uzasadnienia podejmowanych decyzji terapeutycznych a także często są roszczeniowi. Praca wiąże się ze stresem i przy braku wiedzy o środkach zaradczych sprzyja występowaniu zespołu wypalenia zawodowego.

Posiadanie przez lekarzy wiedzy i umiejętności w zakresie kompetencji miękkich staje się wręcz niezbędne. Elementami tych kompetencji są komunikacja interpersonalna, asertywność, radzenie sobie ze stresem, obrona przed manipulacją, radzenie sobie z agresją, umiejętność negocjacji, rozwiązywanie konfliktów, zarządzanie zespołem i motywowanie pracowników, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu. Dobrą wiadomością jest, że umiejętnego radzenia sobie z tymi problemami można się nauczyć.

Kompetencje miękkie przydają się także w innych sferach życia, które niekoniecznie związane są z pracą zawodową, jak życie rodzinne oraz towarzyskie. Umożliwiają też skuteczniejsze wykorzystanie własnych zasobów. W pracy mogą korzystnie wpływać na jakość wykonywanych usług i na uniknięcie błędów oraz nieporozumień w relacji między lekarzem a pacjentem. Dobry poziom kompetencji miękkich bardzo zmniejsza ryzyko konfliktów i roszczeń.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej od 4 lat prowadzi w formie warsztatów kursy z zakresu kompetencji miękkich. Uczestnicy szkoleń bardzo często podkreślają braki kształcenia w tym zakresie, co potwierdzają także wyniki badania opinii lekarzy przeprowadzone przez Ośrodek Studiów Analiz i Informacji. Badanie to wskazało również, że forma warsztatów jest najbardziej oczekiwana przez lekarzy formą szkolenia. Programy kursów są stworzone w oparciu o metody nauczania, które umożliwiają opanowanie wiedzy wraz z umiejętnością posługiwania się nią w praktyce. Wykorzystywane są różnorodne metody, jak m.in. gry dydaktyczne, burza mózgów, dyskusja, analiza przypadków, giełda pomysłów, przekaz audiowizualny oraz ćwiczenia z wykorzystaniem rejestracji wideo. Uczestnicy w ankietach ewaluacyjnych bardzo wysoko oceniają jakość i przydatność tych szkoleń.

Stale rośnie także liczba szkoleń z zakresu kompetencji miękkich organizowanych przez Okręgowe Izby Lekarskie. Warto z nich korzystać, aby lepiej, pewniej poczuć się w naszej trudnej pracy. ■

Więcej informacji:

1. Argyle M: Psychologia stosunków międzyludzkich, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
2. Berne E.: W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1986.
3. Fegler J.: Pomaganie mężczyznom – wypalenie w pracy zawodowej. GWP, Gdańsk 2000.
4. Gordon T.: Pacjent jako partner, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999.
5. Król-Fijewska M.: Trening asertywności, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1993.
6. Myerscough P., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem, GWP, Gdańsk 2002.
7. Thompson P.: Sposoby komunikacji interpersonalnej, Zysk i S-ka, Poznań 1998.

Programy kursów są stworzone w oparciu o metody nauczania, które umożliwiają opanowanie wiedzy wraz z umiejętnością posługiwania się nią w praktyce.

Co wpływa na nasze decyzje terapeutyczne?

Tak nazwaliśmy kolejne badanie opinii naszego środowiska, które Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej będzie realizował we współpracy z Instytutem Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk.

**Romuald
Krajewski**

Nazwa jest enigmatyczna i na pewno można by na zarzute w niej pytanie odpowiedzieć pytaniem – a co nie wpływa? Słusznie wskazywałoby ono, że nasze decyzje zależą od niezliczonej mnogości czynników. Zakres badania będzie więc z konieczności ograniczony do opinii na temat wpływu na decyzje dwóch czynników: warunków pracy w szpitalach oraz konfliktu interesów.

We wrześniu brytyjskie Royal College of Physicians opublikowało raport „Hospitals on the edge” („Szpitale na skraju” – jak wskazuje strona tytułowa, chodzi o skraj przepaści) oparty na badaniu opinii 254 członków RCP reprezentujących 28 specjalności. Wyniki są niepokojące. Większość brytyjskich Kolegów uważa, że w szpitalach są problemy z ciągłością opieki, brakuje personelu, trudno jest przestrzegać przepisów dotyczących czasu pracy, podejmowane są działania oszczędnościowe i obniża się finansowanie, oddziały pomocy doraźnej są przeciążone. Ponad 70 proc. uważa, że być lekarzem jest obecnie trudniej niż kiedykolwiek.

Gdyby nie pierwsze zdanie powyższego akapitu, na pewno moglibyśmy sądzić, że te wnioski dotyczą większości krajów, w tym także i Polski. Nic więc dziwnego, że w listopadzie 2012 r. walne zgromadzenie delegatów American Medical Association przyjęło stanowisko mówiące o problemach stale rosnącej w USA grupy lekarzy zatrudnionych. Koledzy z AMA zwracają uwagę, że wykonując zawód w różnych formach zatrudnienia, lekarze doświadczają trudności z zachowaniem profesjonalizmu i zasad wykonywania zawodu. Zatrudnienie może stwarzać zachęty do nadmiernego albo niewystarczającego leczenia, które lekarze muszą rozpoznawać i właściwie na nie reagować. Dlatego między innymi podkreślono, że w sytuacji konfliktu interesów najważniejsze muszą pozostać zobowiązania lekarza wobec pacjenta, że konieczne jest zachowanie niezależności zawodowej, a pracodawcom nie wolno karać lekarzy za to, że bronią interesów pacjentów. Przypomniano też, że pełnienie funkcji administracyjnych w szpitalu i wynikające stąd obowiązki nie są ważniejsze od obowiązujących zawsze zasad etyki zawodu lekarza. Pacjenci muszą być informowani o wynikających z zatrudnienia ograniczeniach, zachętach lub utrudnieniach w leczeniu i kierowaniu do leczenia.

Europejskie Stowarzyszenie Lekarzy Praktykujących w Szpitalach (AEMH) od dawna już zwraca uwagę na liczne problemy związane z pracą w szpitalach, niezależnie od formy wykonywania zawodu. O naciskach administracji i płatnika, biurokracji, roszczeniach pacjentów, czyli o pozamedycznych wpływach na nasze postępowanie medyczne coraz częściej mówimy i w Polsce. Postaramy się dowiedzieć, jak widzi je i odczuwa nasze środowisko.

Wpływ na decyzje ma także konflikt interesów, który towarzyszy wszystkim ludziom przez całe życie i dotyczy nie tylko pracy zawodowej. W medycynie nabral on szczególnej wymowy w wyniku problemów z finansowaniem systemów ochrony zdrowia. Relacje lekarzy z przemysłem reguluje „Kodeks etyki lekarskiej” i przepisy prawa. Dla lekarzy konflikt interesów i powodowana przezeń stronniczość powinny być powodem do zastanowienia się nad nieuzasadnionymi i stronniczymi wpływami na nasze decyzje.

Choć dyskusje o konflikcie interesów są zdominowane przez problemy związane z relacjami lekarzy z przemysłem medycznym, łatwo zauważyć, że powodów do istnienia konfliktu jest dużo, dużo więcej. Chcielibyśmy dowiedzieć się, jak bardzo zdajemy sobie z tego sprawę i co robimy, aby jak najlepiej wykonywać nasz zawód i budować zaufanie pacjentów.

Jak poprzednio, spora grupa Koleżanek i Kolegów (5000) otrzyma zaproszenie do udziału w badaniu. Bardzo prosimy o pozytywną odpowiedź. Udział będzie polegał na wypełnieniu ankiety zawierającej około 50 pytań, co nie zajmie więcej niż 20-25 minut i będzie można wybrać najbardziej odpowiadający nam sposób jej wypełnienia (formularz w internecie, e-mail, telefon, wydruk przesłany faksem lub listem). Mamy wielką nadzieję, że podobnie jak w poprzednim badaniu uzyskamy odpowiedzi od grupy reprezentatywnej dla naszego środowiska i będziemy lepiej wiedzieć, jakie istnieją problemy i jakie działania powinniśmy podejmować, aby wykonywanie naszego zawodu było zgodne z zasadami i zamiast niezliczonych problemów przynosiło zadowolenie. ■

*Spora grupa
Koleżanek
i Kolegów
(5000)
otrzyma
zaproszenie
do udziału
w badaniu.
Bardzo
prosimy
o pozytywną
odpowiedź.*

Ćwierć wieku in vitro w Polsce

W dniach 16-17 listopada z okazji 25-lecia narodzin w Polsce pierwszego dziecka in vitro odbył się w Białymstoku międzynarodowy kongres „Postępy w leczeniu niepłodności”.

Jego honorowym gościem była 25-letnia Magda urodzona w wyniku zapłodnienia pozaustrojowego 12 listopada 1987 r. w Białymstoku. Zdecydowała się po raz pierwszy pokazać publicznie, przede wszystkim po to, by poznać profesorów, dzięki którym przyszła na świat. Rodzice Magdy bezskutecznie starali się o dziecko. Jej mama przeszła operację, na próżno. Prof. Marian Szamatowicz z Akademii Medycznej w Białymstoku zaproponował próbę in vitro, rodzice zgodzili się. Magda dowiedziała się o kulisach swego narodzenia od mamy, gdy miała 14 lat. Dziś sama jest już matką dwuletniej córeczki. Jej obecność na zjeździe wywołała spore wzruszenie ginekologów: prof. Szamatowicza, prof. Sławomira Wołczyńskiego, prof. Waldemara Kuczyńskiego, a także pani prof. Walentyny Iwaszko-Krawczuk, neonatologa, która 25 lat temu drżała o nowonarodzone dziecko.

Prof. Marian Szamatowicz w czasie spotkania z dziennikarzami, a także podczas plenarnej dyskusji przypominał, iż niepłodność jest chorobą dotykającą ok. 10 proc. par starających się o dziecko. – To choroba wyjątkowa – podkreślał. – Dotyczy młodych ludzi, w dobrej kondycji zdrowotnej. Ma ona swoje przyczyny, objawy i sposoby leczenia, a jedynym skutecznym sposobem terapii w wielu przypadkach jest właśnie in vitro. Profesor zaznaczył, że marzy, by w Polsce wreszcie przestano dyskutować, czy jest to metoda lecznicza. Przypominał, że wielu ekspertów uznaje ją za największe osiągnięcie medycyny klinicznej XX w., a jej twórcy doczekali się Nobla. Szamatowicz podkreślił też, że prawo do posiadania potomstwa jest podstawowym prawem człowieka, zaś refundacja in vitro wymogiem sprawiedliwości społecznej. – Młodzi ludzie mający kłopot z płodnością płacą jednak podatki i w chwili, gdy sami są w potrzebie, należy im się pomoc od państwa – zaznaczył. Pierwsze próby in vitro były w Polsce całkowicie finansowane ze środków publicznych. Skończyło się to w roku 1991, gdy ówczesny minister zdrowia Władysław Sidorowicz wydał rozporządzenie, że pozaustrojowe zapłodnienie, podobnie jak zabiegi kosmetycz-

ne, nie jest procedurą medyczną. – Oby ostatnie zapowiedzi premiera o wprowadzeniu refundacji w lipcu 2013 r. stały się ciałem, bo wcześniejsze obietnice się nie sprawdziły – dodał nestor metody in vitro w Polsce.

Podczas sesji poświęconych nowoczesnym metodom leczenia niepłodności mówiono sporo o najnowszych danych na temat rozdzielenia procedur stymulacji hormonalnej kobiety, pobierania oocytów i uzyskiwania zarodków od zabiegu przeniesienia embrionów do macicy. Okazuje się, że jeśli przenosi się zarodki w kolejnych, najlepiej naturalnych cyklach, szanse na urodzenie dziecka wyraźnie rosną. Być może niedługo trzeba będzie zmienić wytyczne postępowania i wszystkie zarodki będą przechodzić przez fazę mrożenia i rozmrażania – podkreślali lekarze. To ważne z punktu widzenia toczącej się w Polsce dyskusji, część oponentów in vitro sprzeciwia się bowiem mrożeniu embrionów.

W naszym kraju coraz większe zainteresowanie budzi też dziedzina zwana „oncofertility”. Polega ona na udzielaniu pomocy przy uzyskaniu potomstwa osobom, które dotknęła choroba nowotworowa. Wielu młodym ludziom udaje się wyleczyć z nowotworu, ale o to, by mogli oni zostać rodzicami, trzeba zadbać zawczasu, bankując nasienie, komórki jajowe, embriony, ewentualnie tkanki jądra czy tkanki jajnika.

Z ciekawego wystąpienia na temat dawstwa gamet można było się dowiedzieć, że w 2008 r. w Polsce przeprowadzono 1162 cykle leczenia niepłodności z użyciem nasienia dawcy (w całej Europie niespełna 25 tys. cykli). Jeśli chodzi o dawstwo oocytów potentatem jest Hiszpania, w Polsce w 2010 r. dzięki 348 komórkom jajowym pochodzącym od dawczyń urodziło się 114 dzieci. We Francji gamety traktuje się jako dar, w USA i Czechach płaci się za nie, zaś w Turcji czy we Włoszech dawstwo gamet jest zakazane. Polscy eksperci twierdzą, że gamety nie powinny być przekazywane w celach zarobkowych, nie wyklucza się jednak rekompensaty za poniesione koszty i niedogodności. ■

Okazuje się, że jeśli przenosi się zarodki w kolejnych, najlepiej naturalnych cyklach, szanse na urodzenie dziecka wyraźnie rosną.

TARTUFFE

Zapraszamy na premierowy spektakl Teatru „Gazety Lekarskiej”. Niepowtarzalna okazja: Nowy Rok i polska tradycja szopek satyrycznych. Doborowa obsada. Doskonały humor. Najlepsza literatura. Fantasmagoria. Wszak żadna cnota krytyk się nie boi. Kurtyna!

OSOBY:



Pani Pernelle
matka Orgona

Ewa Kopacz
marszałek Sejmu



Orgon
mąż Elmiry

Donald Tusk
premier



Elmira
żona Orgona

Krystyna Kozłowska
rzecznik praw pacjenta



Damian
syn Orgona

Bartosz Arłukowicz
minister zdrowia



Marianna
córka Orgona

Agnieszka Pachciarz
prezes NFZ



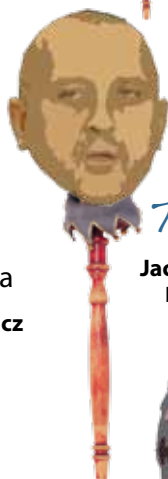
Walery
zalotnik Marianny

Krzysztof Bukiel
szef OZZL



Kleant
szwagier Orgona

Maciej Hamankiewicz
prezes NRL



Tartuffe

Jacek Paszkiewicz
były prezes NFZ



Doryna
pokojówka Marianny

Irena Lipowicz
rzecznik praw obywatelskich



Pan Zgoda
woźny

Jarosław Kaczyński
były premier



Oficer gwardii

Jacek Żakowski
dziennikarz

Rzecz dzieje się w warszawskim pałacu Orgona w Alejach Ujazdowskich

SZOPKA NOWOROCZNA

parodia
komedii Moliera
w tłumaczeniu
doktora medycyny
Tadeusza Boya-
-żeńskiego

adaptacja:
Jarosław Wanecki

scenografia,
kostiumy,
charakteryzacja:
Grzegorz Sztank



PANI PERNELLE

Oto, jakim bajeczkom chętnie daje ucha
Ciemna masa pospółstwa. Mnie znów nikt nie słucha.
Gdy pieczętki i hasła, ta cała nic warta
Zabawa, to są wszystko pokuszenia czarta!
Bo człowiek nie usłyszysz pochwały słowa,
Same śmieszki, przytyki, ba, nawet obmowa;
I zatrute pań i panów lekarzy szepty
Chociaż żaden nie potrafi pisać recepty.
Słowem, polityk stateczny musi nabrać wstrętu
Do zebrań, w których nie masz nic oprócz zamętu,
Gdzie jeden przez drugiego papie jak szalony
I udaje, że z niego doktor jest uczony.

KLEANT

Najlepiej świadczy owa humoru odmiana,
Jak pani przez Tartuffe'a swego osiodelana!

DORYNA

Pan tu idzie!

ORGON

A, to ty? Jak się masz?

KLEANT

Cieszę się, że cię widzę z powrotem. Cóż mniemasz
O protestach? Czy piłkę kopać wtedy mile?

ORGON

Doryno! Mój szwagierku, wstrzymaj się na chwilę!
Czy pozwoliś, bym przedtem przez minutkę małą
Wypytał tę dziewczynę, co się w kraju działo?
No, niechajże mi panna nowiny opowie:
Czy przez dwa dni w Ojczyźnie wszyscy byli zdrowi?

DORYNA

Przedwczoraj sytuacja była bardzo chora:
Gorączka pism dręczyła wszystkich do wieczora.

ORGON

A Tartuffe?

DORYNA

Tartuffe? O, ten bez żadnej odmiany!
Podpisał protokoły, któż jest ukarany.

ORGON

Biedaczek!

DORYNA

I panika na cukrzyków padła;
A dyskusja w eterze stała się zajadła,
Na ból głowy tabletki skończyły się w hurcie.

ORGON

A Tartuffe?

DORYNA

Został niewzruszony w swoim nurcie
I z nabożnym skupieniem w sposób łatwy dosyć
Wywołał w izbach przyjęć bitwę na dwa głosy!

KLEANT

Ta dziewczyna, mój bracie, w nos się z ciebie śmieje,
I doprawdy, gdy widzę, co się tutaj dzieje,
Nie mogę jej potępić za owe przytyki.
Widziałeś kto na świecie podobne wybryki?
Jakież czary znalazłeś dziwne w tym przybłędzie,
Że poza nim nic zgola nie chcesz mieć na względzie?

ORGON

Ach, gdybyś wiedział, jak go poznałem niechcący,
Nie dziwiłbyś się mojej przyjaźni gorącej!
Każdego dnia bidulek ten o słodkiej twarzy
Rozwija z matką moją zwoje pełne marzeń.
A przy tym sam dla siebie, ach, jakiz surowy!
W łada drobnostce grzech już dojrzeć gotowy,
Za rzecz najbłahszą żąda pokuty i kary:
Wszakci sam się obwinił, skruszony bez miary,
Że w uniesieniu byłęś teściowej, Bóg mi świadkiem,
„Pro familiae” receptę wypisał ukradkiem.

KLEANT

Czyś ty oszalał, bracie, czy też od godziny
Bajaniem takim stroisz sobie ze mnie drwiny?

ORGON

Wiem, że brat ku tym błędom chętnie ucha skłania
I nigdy nie tailem o tym mego zdania,
Że ci to niedowiarstwo nie wyjdzie na zdrowie.

KLEANT

Oto, jakiego ćwieka każdy z was ma w głowie:
Żądacie, aby wszyscy ludzie byli ślepi
I wrogiem stał się dla was, ten kto zna się lepiej!
Mów, czego chcesz, a ja przy sądzie pozostanę:
Reformy twojej matki nie są zbyt udane.
Czy granice rozsądku nigdy nie wystarczą?
A medyków zastępy muszą stać się tarczą,
Gdy kanarki w zapale tyle chęci kładą,
Aż rzecz, choć najpiękniejszą, zepsują przesadą?
Przyjm to zdanie nawiasem, mój kochany szwagrze!

ORGON

Tak, tyś jest najmądrzejszy z doktorów, a jakże,
W tobie jest cały rozum świata zgromadzony,
Sam jeden jesteś światły, sam jeden uczony,
Tyś jest Katon, wyrocznia, ty sam myślisz górnio,
A wszyscy politycy są przy tobie durnie.

KLEANT

Tak znów nic mnie nie mierzi bardziej na tej ziemi
Niż fałsz o obrocie dobrami leczniczymi.
To, co dla wszystkich świętym być winno i wzniosłem,
Wy czynicie niezgodnie z odwiecznym rzemiosłem!
Lecz mniemam, iż fałszywe cię uwiodły blaski.

ORGON

Czyś już skończył, szwagierku, powiedz z swojej łaski?

KLEANT

Tak.

ORGON

Więc upadam do nóg.

KLEANT

Nie, nie, jeszcze chwilę!
Dajmy pokój kłótni, bo jeśli się nie mylę,
Walery ma już z dawna twe premiera słowo?

ORGON

Tak?

KLEANT

Związek pojednania połączysz umową?

ORGON

Mam zamiar...

KLEANT

Czemuż zatem odwlekać to święto?

ORGON

Czekam...

KLEANT

Czyliż by inne zamiary powzięto?

ORGON

Marianno!

MARIANNA

Czego żądasz, ojczy?

ORGON

Dzieci złote,
Ceniłem w tobie zawsze posłuszeństwa cnotę
I zawszem w tobie widział swą córkę kochaną.

MARIANNA

Wdzięczność ci za to, ojczy, winnam nieklamana.
Uległość – oto dziecka największa ozdoba.

ORGON

Ślicznie. Powiedz, jak ci się pan Tartuffe podoba?

MARIANNA

Co, mnie?

ORGON

Tak. Powiedz, ale po dobrej rozważde!

MARIANNA

Powiem, co każesz, ojczy – szanuję twą władzę.

ORGON

Oto roztropne słowa. Zatem, powiedz sobie,
Że mnóstwo zalet widzisz w tej godnej osobie
I że zaszczyt spostrzegasz w tym wielki i szczęście,
By z mej ojcowskiej woli z nim wstąpić w zamięście.

MARIANNA

Jak to! Ty chcesz, mój ojczy...

ORGON

Tak jest, mam na myśli
Tartuffe'a z domem naszym złączyć jeszcze ściślej:
Zostanie twoim małżonkiem a zza pleców żony
Fundusz Kas będzie mocną ręką prowadzony!

DORYNA

Idąc za głosem matki, błęd poganiaasz błędem!

ORGON

Myśl, co ci się podoba, tylko tę gawędę
Raz mi skończ...

DORYNA

Nie mówię z panem. Mówię do siebie.

ORGON

Dobrze. Jeszcze słoweczko, a, jak Bóg na niebie,
Do koszar wzorem Dorna wysłę wszystkie sługi,
Co w podmiotach potrafią tylko robić długi.
I petycje wciąż nadsyłają, i apele
Z żądaniem pieniędzy, rzecz jasna, na czele.

WALERY

Usłyszałem przed chwilą nowinę nie lada;
Nie wiem, czy mi się cieszyć, czy dziwić wypada.

MARIANNA

Cóż tedy?

WALERY

Że Tartuffe'a masz zaślubić pono?

MARIANNA

To mój ojciec mnie pragnie widzieć jego żoną.

WALERY

Ojciec pani...

MARIANNA

Odmienił dawniejsze widoki
I dziś właśnie obwieścił mi swoje wyroki.

WALERY

I z jakim się przyjęciem jego zamiar spotka
U pani?

MARIANNA

Jeszcze nie wiem.

WALERY

Odpowiedź dość słodka...
Więc jeszcze nie wiesz? Nie! Nie?

MARIANNA

Cóż pan mówi na to?

WALERY

Ja? Ja radzę w tym względzie iść za dobrym tatą.
Nie chciej pani udawać naiwności świętej!
Konkursu wybór wszak dawno został powzięty
I dziś chwytasz skwapliwie za pozór najłżejszy,
Mniemając, iż to winę zdrady twej umniejszysz.

MARIANNA

Zdrada to niezbyt ciężka i losu przemiana,
Bardzo łatwo się w radość obróci dla pana,
Gdy nowiutką umowę przygotowuję nocą
Dla twoich poddanych będę więc pomocą.

DORYNA

Myślmy lepiej, jak ojca upór srogi skruszyć!

MARIANNA

Mów więc, jakie sprzęzyny trzeba nam poruszyć?

DORYNA

Na dziś sądzę, że lepiej będzie z twojej strony,
Gdy się pozornie zgodzisz na plan ułożony.
Pan zbierz, co masz przyjaciół i przez nich tymczasem
Swoich praw się domagaj z największym hałasem!

DAMIS

Samo niebo, jak widać, mnie tutaj przywiodło,
Bym mógł nareszcie zdeptać tę gadzinę podłą.

DORYNA

Tylko nie nagiąć zbytnio! Chciej mi wierzyć, proszę,
Że lepiej pozostawić rzecz pani macosze
Oto idą.

ELMIRA

...Wdzięczna jestem za zbożne chęci,
Ale siądźmy – ważniejsi wszak teraz pacjenci!
Chcę poufnie przedstawić panu, o co chodzi,
I cieszę się, że tutaj nikt nam nie przeszkodzi.
Liczę, że w tej rozmowie szczerze, jak na dłoni,
Cały plan z refundacją pan tu mi odśloni.

TARTUFFE

Ja również w tym pragnienie najgorętsze kładę,
Aby wreszcie zakończyć ten bałagan ładem.

ELMIRA

Wszyscy mówią, że mąż mój reform plany zrywa
I panu chce dać córkę. Czy to wieść prawdziwa?

TARTUFFE

Tak; wspomniał mi, że rad by widział to zamęcie,
I apteczny zamęt uspokoić na mieście!
Tylko Damis, ministra chętnie się zdobyczą,
Społem z Marią na coś u męża twego liczą
I język niegodziwy zdradziecko im każe
Razem z Kleantem, rzucić w mediaci mi potwarze.

DAMIS

W porę nadchodzisz, ojcie, szczęśliwym
przypadkiem:
Możem się tu uraczyć widowiskiem rzadkiem.

ORGON

Co ja słyszę? O nieba, czyliż to do wiary?

TARTUFFE

Tak, mój bracie, jam winny, zbrodniarz godzien kary,
Jam grzesznik zatwardziały, pełen brudu, złości,
Łotr występny, co żadnej niewart jest litości.
Uwierz w to, co ci mówią: niechaj wraz bez sromu
Jak nikczemnik wypędzon będę z fundy domu.

ORGON

O synu, ty się ważysz fałszem oczywistym
Podsuwać brudne myśli jego cięciom czystym?

DAMIS

Jak to? Ten frant, obłudą przesiąknięty do dna,
Pcha w dół ciebie, mój ojcie...

ORGON

Milcz, duszo niegodna!
Jeżeli piśniesz słowo, łotrze jeden, ja cię...

TARTUFFE

Na miłość Boga, błagam, nie unos się bracie!

ORGON

Wszyscy go nienawidzą i wiem dobrze, czemu!
Żona, dzieci i służba – wszyscy przeciw niemu:
Porusza się bezwstydnie wszelakie sposoby,
Aby się pozbyć świetnej zarządu osoby.
Lecz im więcej będziecie trwać w swoim uporze,
Tym więcej, by go chronić, ja starań dołożę!

MARIANNA

Ojcie, przez litość Boga, co zna me katusze,
Na wszystko to, co zmiękczyć zdoła twoją duszę,
Nie chciej się tak upierać w swym ojcowskim prawie
I racz od posłuszeństwa zwolnić mnie łaskawie!

ORGON

Odwagi, serce moje! Precz z ludzką słabością!

MARIANNA

Na twą przyjaźń ku niemu nie patrzę ze złością...
Ale pozwól w Pleszewa surowej ustroni
Dni pędzić, gdy mi szczęścia zakaz ojca broni.

ELMIRA

Mężu, co wówczas, pytam, twa niewiara pocznie,
Gdyby ci ktoś rzecz całą dał widzieć naocznie?
Bo jeżeli na własne i uszy, i oczy
Całą prawdę skandalu usłyszysz i zoczysz,
Cóż wówczas powiesz? Jeszcze trwać będziesz
w swym szale?

ORGON

Wówczas powiem, że... jeśli... Nic nie powiem wcale,
Bo to niemożliwe... Zobaczę w tej chwili,
Na jakie sztuczki chytrych wasza się wysili.

TARTUFFE

Podobno chce mnie pani zaszczyścić rozmową.

ELMIRA

W istocie. Pragnę panu zwierzyć to i owo,
Dotąd jeszcze z wzruszenia ochłonać nie mogę.
Damis w straszną o pana zapędził mnie trwogę
I widzi pan, żem wszelkie czyniła ofiary,
By gniew jego złagodzić i wstrzymać zamiary.

TARTUFFE

Pragnienie, bym się tobie podobał wzajemnie
Jako serca najświętszy cel wciąż mieszka we mnie –
Ale właśnie dlatego, iż jedynie marzę
O tym szczęściu, w twe słowa wątpić się odważę.

ELMIRA

Wszystkie uczuć dowody najśłodsze masz za nic,
Dopóki rzecz nie dojdzie do ostatnich granic?

TARTUFFE

Chciej spełnić me żądania, a ja w tej potrzebie
Odpowiem za wszystko i grzech biorę na siebie!

ELMIRA

Zechciej pan drzwi otworzyć i spojrzeć dokoła,
Czy mój mąż w jaki sposób zająć tu nas nie zdoła!

TARTUFFE

Skądże ta troska w pani dziś się mogła zrodzić?
Wszak to człowiek stworzony, by go za nos wodzić!

ORGON

A to jest, muszę przyznać, łotrzyk, co się zowie!
Przyjść nie mogę do siebie, mąci mi się w głowie...

TARTUFFE

Jak to? Ty wierzysz, bracie...

ORGON

Dalej, bez hałasu
Zbierz manatki i z domu mi zmykaj zawczasu!

TARTUFFE

Ty nas opuścisz raczej, ty, co z niesłychanym
Zuchwalstwem gadasz do mnie, jakbyś tu
był panem.
Oszczercstwa broń nie przyda ci się ze mną
w walce,
Bo mam sposoby, aby poskromić zuchwalce,
Pomścić zniewagę rządu i dowieść, że chorym
Pan nie chcesz pomóc dzisiaj, tylko dla przekory.

ELMIRA

O czym on tutaj bredzi? Co znaczą te słowa?

ORGON

Oj, oj, nic się dobrego w tym wszystkim nie
chowa!
Muszę teraz biec spojrzeć, nim rzecz ci powtórzę,
Czy pewien ważny papier jest jeszcze na górze.

KLEANT

Zostań. Pomyśl spokojnie jaką obrać drogę!

ORGON

Przez tę szkatułkę zmysłów odzyskać nie mogę!
Bardziej niż wszystko inne to mnie niepokoi.

KLEANT

Cóż wreszcie się mieściło w tej szkatułce twojej?

ORGON

Czcze obietnice wyborcze, o których wiecie
W ręce moje przekazał w najświętszym sekrecie
Książę Jegomość – mnie wziął za powiernika:
Mieszczą się tam papiery – z słów jego wynika –
Od których nasz skarbiec i ludzkie życie zawisło.

KLEANT

Czemuś więc sam nie trzymał ich pod pieczę ścisłą?

ORGON

Mając sumienia skrupuły, czy mój czyn jest prawy,
Temu zdrajcy zwierzyłem się z calutkiej sprawy
I łatwo przekonała mnie jego namowa,
Że lepiej będzie, gdy on szkatułkę przechowa.

KLEANT

To wszystko są postęпки – niech szwagier wybaczy! –
Nad miarę lekkomyślne, trudno rzec inaczej.

PANI PERNELLE

Co się stało? Straszliwe jakieś wieści gloszą!

ORGON

Wszystko mogę potwierdzić, bom sam patrzył na to
I za swe łaski piękną cieszę się zapłatą.

PANI PERNELLE

Biedaczek? Nie, mój synu, nie mogę dać wiary,
Aby on miał w istocie tak szpetne zamiary.
Języki ludzkie jad swój obnoszą dokoła
I nic się od ich złości uchronić nie zdoła.

PAN ZGODA

Witam cię, droga siostró! Spraw, dla mej miłości,
Abym mógł mówić z panem!

DORYNA

Pan ma teraz gości.

PAN ZGODA

Widok mój go nie może zranić w żadnym względzie
I z tego, z czym przychodzę, rad niezmiernie będzie.

DORYNA

Człowiek przybył w obejściu dość miły i głosi,
Że od pana Tartuffe'a jakąś wieść przynosi.

PAN ZGODA

Jestem Zgoda, z PiS-landii się wiodę, zaś stale
Przebywam, z przeproszeniem, tu, przy trybunale.
I staję tu, mam zaszczyt oznajmić to panu,
Z racji oczywistości oczywistej stanu.
Chodzi tu o drobnostkę, zwyczajne wezwanie,
Nakaz, byś opuścił, ty i ministrowie twoi,
Pałac, również by meble uprzątnąć z pokoi
Bezzwłocznie, gdyż go zając chce właściciel prawy.

ORGON

Ja mam stery zostawić?

PAN ZGODA

Jeśli pan łaskawy.

ORGON

No i cóż, pani matko, mam słuszność czy nie mam?
To, czegoś była świadkiem, wystarczy, jak mniemam!
Czy i teraz się matka tym łotrem zachwyca?

PANI PERNELLE

Głowę tracę, dalibóg, spadłam jak z księżycą!

WALERY

Daruj pan, że go wieścią bolesną przerażę,
Lecz twe dobro najspieszniej działać tutaj każe.
Szalbierz, który się z dawna panoszył w tym domu,
Przed księciem cię oskarżyć zdołał po kryjomu
I złożył w jego ręce coś, z czego wynika,
Że w tobie zbrodnień stanu znalazł powiernika!
Nie znam, co jest w tej sprawie kamieniem obrazy,
Lecz wiem, że przeciw tobie dane są rozkazy.
Zatem dalej – już czeka mój powóz u bramy!

ORGON

Uciec? By żyło się lepiej? Skąd my to znamy?

TARTUFFE

Zdaje się, że dość długo trwają już te wrzaski.
Proszę, powinność swoją czyń pan ze swej łaski!

OFICER GWARDII

Dlatego zechciej za mną udać się bez zwłoki
Do więzienia, gdzie dalsze usłyszysz wyroki!

TARTUFFE

Kto? Ja, panie?

OFICER GWARDII

Tak, ty sam.

TARTUFFE

Czemuż do więzienia?

OFICER GWARDII

Nic więcej nie mam panu już do powiedzenia.
Tyle tylko, że pod twoim imieniem się kryje
Znany łotr, co już dawno winien dać był szyję.

DORYNA

Niebu niech będą dzięki!

PANI PERNELLE

To nie moja sprawa!

ELMIRA

Jakiż radosny obrót!

MARIANNA

Czy to sen, czy jawa?

KLEANT

Bo bez względu, jak życie nasze sądzą inni,
Nam wystarczyć musi, że jesteśmy niewinni.

ORGON

Marianno i Damisie! Kończąc krotochwilę,
Zbliście się ku ojcu jeszcze choć na chwilę,
By tradycji zadość stało w Molierowskiej sztuce
Deus ex machina na koniec wam zanuć.
Jestem waszym ojcem, sam wiem, co robię i czemu.
Dalem wprawdzie poprzednio słowo Waleremu,
Przez którego alarmy stałbym się banitą
A z pałacu wygnany, z podkuloną kitą
Znowu szukać bym musiał rodaków platformy,
Prosić, rozdawać, słuchać jak dawniej, pokornym
Sługą stać się dla wszystkich w kraju wolnych elit
Zwłaszcza lekarzy, prawników, nauczycieli.
Słyszac więc, że Walery to felczer jest mierny
Wolę pozostać zmienionej decyzji swej wiernym.
Marianne posłę tam, gdzie ogłosiły media
I zaczęła się z Tartuffem cała komedia,
A pieczęć nad waćpanną niech sprawuje Damis,
Sekrety w tenże sposób pozostaną z nami.
Doryna musi odejść – żadnych z nią kontaktów.
I Kleant nie powinien zapamiętać faktu,
Że w jakiegokolwiek z nim razem byliśmy radzie
Żadnych dialogów. Niech Rejtanem się kładzie
Pisze, skomle i włosy rwie z doktorskiej głowy,
Wszak mamy naszej mamy, własny plan gotowy! ■

Europa dopuszcza lek do terapii genowej

25 października 2012 r. Komisja Europejska dopuściła do sprzedaży preparat o nazwie Glybera. To pierwszy lek w UE, który działa poprzez dostarczenie genów.

Glybera przeznaczona jest dla osób cierpiących na niedobór lipazy lipoproteinowej, bardzo rzadkiej choroby, dotykającej jedną, dwie osoby na milion. Chorzy mają uszkodzony gen, na bazie którego organizm wytwarza wspomnianą lipazę, enzym odpowiedzialny za rozkład tłuszczów (znanych jest ponad 100 mutacji wyżej wymienionego genu). Dotychczasowe metody walki z chorobą polegały wyłącznie na ścisłym przestrzeganiu diety niskotłuszczowej. Teraz wreszcie pojawia się alternatywa.

Glybera podawana jest w jednorazowej sesji, podczas której wykonywane są liczne wstrzyknięcia w mięśnie ud i podudzi obu nóg. Wektorem przenoszącym leczniczy gen jest odpowiednio zmodyfikowany wirus z grupy AAV (ang. adeno-associated virus). Nie wywołuje on zakażeń i nie może się namnażać. Po wstrzyknięciu lek umożliwia wytwarzanie lipazy lipoproteinowej w komórkach mięśni, dzięki czemu wyrównuje się groźny niedobór enzymu.

Decydujące dla wydania zgody na dopuszczenie leku były wyniki trzech programów badawczych przeprowadzonych w Holandii i w Kanadzie, w których udział wzięło 27 osób z ciężką postacią choroby. Jak wykazały badania, poziom tłuszczów we krwi po posiłkach spadł u niemal wszystkich pacjentów, przede wszystkim zaś u niektórych chorych udało się zredukować liczbę napadów zapalenia trzustki. Spadła też liczba hospitalizacji i pobyty w oddziałach intensywnej opieki medycznej.

Co niezwykle istotne, lek działa długo. Wystarczyła jedna dawka Glybery, by pacjenci byli w stanie rozkładać chylomikrony zarówno 14, jak i 52 tygodnie po przyjęciu zastrzyków. Chorzy dość dobrze tolerowali kurację. Do najczęstszych działań niepożądanych należały bóle nóg po wstrzyknięciu leku. Barię w stosowaniu preparatu może okazać się cena. Glybera jest obecnie najdroższym lekiem na świecie – koszt terapii jednego pacjenta wynosi ponad 1,2 mln euro. Trwają już jednak pierwsze rozmowy z przedstawicielami niektórych państw UE na temat ostatecznej ceny i formy płatności. Niektórzy płatnicy proponują, by koszty rozłożyć na pięć lat, czyli po ok. 250 tys. euro na rok. W takiej sytuacji cena byłaby tylko niewiele wyższa od terapii stosowanych w innych chorobach sierocych. ■

Barię w stosowaniu preparatu może okazać się cena. Glybera jest obecnie najdroższym lekiem na świecie – koszt terapii jednego pacjenta wynosi ponad 1,2 mln euro. Trwają już jednak pierwsze rozmowy z przedstawicielami niektórych państw UE na temat ostatecznej ceny i formy płatności.

Zapraszamy do współpracy osoby, które uczestniczą w ciekawym badaniu albo projekcie naukowym. Chętnie napiszemy o rzeczach ważnych, które właśnie się dzieją. Czekamy na e-maile pod adresem: nauka@gazetalekarska.pl.

Lidia
Sulikowska

Trudna rozmowa

Skuteczna pomoc medyczna zależy nie tylko od doboru terapii – równie ważne jest wdrożenie przez pacjenta zaleceń, co w dużej mierze uzależnione jest od jego dobrej relacji z lekarzem.

Właściwa komunikacja jest szczególnie istotna w przypadku trudnych rozmów, informujących o złym stanie zdrowia chorego lub jego bliskich. Jak wynika z raportu opracowanego przez instytut badawczy PBS i firmę Research Now¹, ponad połowa badanych, którzy w ostatnich latach przeprowadzali z lekarzami takie rozmowy, jest zadowolona z tego, w jaki sposób komunikowali się z nimi lekarze. Co piąty badany wyraził jednak niezadowolnienie.

Owocna konwersacja

Badani podkreślali, że ważna była koncentracja uwagi na rozmówcy, kultura osobista lekarza, życzliwość i dyskrekcja. Najważniejszy jednak okazał się jasny przekaz, używanie zrozumiałego słownictwa i podanie czytelnych wskazań do dalszego postępowania. Większość respondentów pozytywnie oceniała np.: wyjaśnianie wątpliwości, podmiotowe traktowanie, upewnianie się, czy rozmówca rozumie wypowiedzi lekarza.

Niezadowoleni zwracali uwagę, że podczas rozmów miały miejsce: protekcyjne traktowanie, prowadzenie rozmowy w towarzystwie osób postronnych i lekceważenie obaw pacjentów. Na zadowolenie z komunikacji z lekarzem nie miała wpływu płeć ani wiek lekarza oraz cechy badanych (choć w nieco mniejszym stopniu zadowoleni z komunikacji są mieszkańcy największych miast).

Skuteczny przekaz

Kwestia roli, jaką odgrywa właściwa komunikacja w opiece medycznej, była tematem przewodnim IX edycji kampanii edukacyjnej realizowanej przez Fundację Hospicyjną, która zakończyła się w grudniu 2012 r. Tym razem postanowiono wyjść poza ramy problemów samych hospicjów, by zwrócić uwagę na temat bardziej ogólny. Podkreślano, że żaden lek ani terapia nie będą skuteczne, dopóki chory ich nie zastosuje. Pacjent łatwiej podda się leczeniu i będzie stosował się do zaleceń lekarza, jeśli mu zaufa, a to jest możliwe tylko wówczas, gdy strony traktują się po partnersku i z wzajemnym szacunkiem. – Właściwa komunikacja między lekarzem a pacjentem jest istotnym czynnikiem warunkującym powodzenie w procesie leczenia. Właściwa komunikacja to taka, w której treść oraz forma przekazu dopasowana jest do specyfiki sytuacji i możliwości przyswojenia informacji przez chorego – wyjaśnia Aneta Bartnicka-Michalska, psycholog i psychoterapeuta ze Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, ekspert kampanii. – Warto też pamiętać, że

osoba chorująca w większym stopniu jest wyczulona na przejawy troski, życzliwości i opieki – dodaje.

Dar nie zawsze wrodzony

Wg cytowanego wyżej raportu ponad 90 proc. pacjentów, którzy czuli się w wystarczający sposób poinformowani przez lekarzy, wdrażało w życie zalecaną terapię i przestrzegało udzielonych im wskazówek. Z kolei wśród pacjentów, którzy nie otrzymali (ich zdaniem) jasnego przekazu, niestosujących się do zaleceń lekarza było o wiele więcej.

Nie każdy ma przyrodzony dar umiejętnego prowadzenia rozmowy z chorym, są jednak sposoby, aby nauczyć się sztuki konwersacji. Przede wszystkim należy uświadomić sobie, że pacjentowi może pomóc nie tylko wiedza medyczna, ale też forma jej przekazania, a także sama relacja z chorym. Na dobry kontakt wpływają zarówno komunikaty werbalne, jak i niewerbalne (np. mimika czy kontakt wzrokowy). Ważne jest aktywne słuchanie, okazywanie rozmówcy akceptacji, szacunku, serdeczności i ciepła, a z drugiej strony kontrola własnych emocji przy jednoczesnej empatii. – Na przebieg interakcji duży wpływ mają okoliczności zewnętrzne oraz cechy psychofizyczne jej uczestników. Komunikacja w medycynie jest problemem szczególnego rodzaju. Dobre przygotowanie wskazane jest podczas prowadzenia tzw. trudnych rozmów, wymagających nieraz dużego wysiłku poznawczego i samokontroli emocjonalnej. Dotyczy to np. dylematów etycznych, problemów egzystencjalnych, a także „terapii słowem” chorych depresyjnych, w lęku lub zbuntowanych – podkreśla prof. Krystyna de Walden-Gałuszko, prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego.

Rozmowa z pacjentem jest coraz większym wyzwaniem dla lekarza, gdyż chory niejednokrotnie przychodzi z wiedzą o chorobie i leczeniu zaczerpniętą z internetu albo środków masowego przekazu. Jest też bardziej świadomy swoich praw, a gdy terapia w jego odczuciu nie pomaga, buntuje się. Potrzebny są zdrowy rozsądek, cierpliwość i przede wszystkim – klarowne tłumaczenie, dlaczego zaleca się takie, a nie inne postępowanie terapeutyczne. ■

¹Próba – 1308 pełnoletnich internautów, którzy w ciągu ostatnich trzech lat odbyli trudną rozmowę z lekarzem (dot. ciąży, choroby, skutków wypadku lub śmierci). Badanie wykonano we wrześniu 2012 r. na zlecenie Fundacji Hospicyjnej na potrzeby IX edycji kampanii edukacyjnej „Hospicjum to też życie” poświęconej sztuce komunikacji w opiece medycznej. W ramach kampanii powstała platforma do wymiany doświadczeń na temat roli prawidłowej komunikacji w przebiegu leczenia (www.zdrowarozmowa.pl).

*Pacjent
łatwiej podda
się leczeniu
i będzie
stosował się
do zaleceń
lekarza, jeśli
mu zaufa,
a to jest
możliwe tylko
wówczas,
gdy strony
traktują się
po partnersku
i z wzajemnym
szacunkiem.*

Obudzić olbrzyma

Kiedy pytam pacjentów zgłaszających się po poradę pulmonologiczną, czy zwrócili się ze swoim problemem do lekarza rodzinnego, większość odpowiada, że nie.

Ważnym elementem diagnozy stanu naszego systemu ochrony zdrowia jest stwierdzenie zachwiania równowagi między opieką podstawową a specjalistyczną. Terapią zaś może być wykorzystanie tej pierwszej jako podstawowego elementu naprawy.

Warto zastanowić się, jakie są przyczyny zachwiania tej równowagi. Jedną z nich jest zapewne przekonanie dużej części społeczeństwa o mniejszej kompetencji lekarzy rodzinnych, co jest stwierdzeniem w większości przypadków absurdalnym. Spotykamy się z olbrzymią większością lekarzy rodzinnych o dużych kompetencjach, funkcjonujących z olbrzymim zaangażowaniem i skutecznie. To otoczenie sprawia, że często bywają bezradni czy ubezwłasnowolnieni. Żal jest olbrzymiego kapitału, który został roztrwoniony w ostatnich latach po bardzo dobrym starcie leczenia rodzinnego na początku reformy końca lat dziewięćdziesiątych.

Istnieje o wiele szersze pole możliwości działania dla lekarzy rodzinnych, którego znacząca część jest wyrwana w sposób nieuzasadniony przez medycynę specjalistyczną. Jako pulmonolog nie muszę zajmować się wszystkimi pacjentami z astmą oskrzelową czy przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, znacząca część leczenia może znaleźć się w zakresie odpowiedzialności lekarza rodzinnego. Problemem jest zazdrośność, często potwierdzające partykularne interesy, strzeżenie ograniczonego dostępu do możliwości leczenia przez wielu specjalistów.

Jednym z podstawowych praktycznych rozwiązań może być ograniczenie czasu obowiązywania skierowań do specjalistów. Mogłoby to w sposób zdecydowany odciążyć poradnie specjalistyczne, przywracając refleksję o rzeczywistej konieczności postępowania specjalistycznego. W wielu takich poradniach „obracanie” wsob-

ną grupką wiernych pacjentów jest w stanie całkowicie wypełnić kontrakty, blokując dostęp należny tym, którzy konsultacyjnej pomocy specjalistycznej potrzebują. Stąd kolejny postulat: premiowania poradni specjalistycznych zachowujących otwartość na nowych pacjentów.

Kolejnym elementem jest doprecyzowanie przebiegu linii demarkacyjnej między kompetencjami lekarzy rodzinnych a lekarzy specjalistów. Pewne zakresy mogą być wspólne, jednak próba sprecyzowania standardów postępowania, jakie powinny dotyczyć lekarzy rodzinnych, wydaje się być konieczna.

W obliczu dyskusji odnośnie sposobów dofinansowania lekarzy rodzinnych wydaje się być rozsądnym utrzymanie kapitałowego sposobu finansowania. Umożliwia on sprawne operowanie publicznymi pieniędzmi bez możliwości zwiększania popytu na usługi medyczne przy zachowaniu właściwego pola odpowiedzialności.

Warto też zwrócić uwagę na element związany z przygotowaniem lekarzy do pełnienia funkcji medyków rodzinnych. Studia medyczne w swym głównym korpusie powinny służyć przygotowaniu właśnie takich lekarzy, generalistów.

Szukając optymalnego sposobu wykorzystania przeznaczonych na opiekę zdrowotną środków, nie sposób nie wykorzystywać olbrzymiego potencjału tkwiącego w medycynie podstawowej – rodzinnej. Warto jednak zachować delikatność ocen, by nie doprowadzić do eskalacji – naturalnego w swej istocie – kontrapunktu między medycyną rodzinną a specjalistyczną.

Trzeba obudzić olbrzyma. Medycyna rodzinna musi być podstawą systemu opieki zdrowotnej i jednym z priorytetów. Szkoda, że w dyskusjach ostatnich miesięcy ten wątek jest stosunkowo rzadko poruszany. ■

**Szczepan
Cofta**

**Lekarz
pulmonolog,
członek
Wielkopolskiej
Izby Lekarskiej**

Anonimizacja...

Zwielką uwagą przeczytałam w rubryce „listy do redakcji” list Pana dr Bogusława Lenarda. Chciałabym zabrać głos w tej sprawie jako lekarz, a jednocześnie jako pacjent. Być może ten najtrudniejszy, bo pacjent onkologiczny. Będąc na ostatniej wizycie w poradni onkologicznej, osobiście przeżywałam wezwania do gabinetów „numerów”. Z goryczą, zdumieniem i niedowierzaniem obserwowałam wchodzący do onkologa „numer” i czekałam na swoją kolej, zastanawiając się, czy nie uciec z poczekalni.

Jednym zarządzeniem ministra w dzisiejszych czasach pozbawiono pacjenta jeszcze jednego elementu człowie-

czeństwa – imienia i nazwiska. Przestaliśmy być już lekarzami – staliśmy się świadczeniodawcami, przestaliśmy być pacjentami – jesteśmy świadczeniobiorcami, nie leczymy – wykonujemy procedury, przestaliśmy ratować życie – robimy nadwykonania i zadłużamy szpitale, leczymy nie człowieka – leczymy nerki, wątrobę, kolano lewe, biodro itd., a teraz jeszcze wzywamy do poradni kolejny numer.

Protestuję jako pacjent, aby odebrano mi resztę człowieczeństwa tzn. mojego imienia i nazwiska. Nie zgadzam się również jako lekarz, że mam prosić do gabinetu nie panią Kowalską, tylko numer dwunasty. A jeżeli nie mogę poprosić w kolejności: tzn. nr 12, 13 itd.? Jak wytłumaczyć oczekującym numerom zmianę kolejności? A może nie musimy tłumaczyć się z tego, przecież przyjmujemy tylko „numery”? ■

Listy do redakcji

**lek. med.
Katarzyna
Wilk**

Marta
Jakubiak

Nie tylko dla księgowego

Rak gruczołu krokowego (CaP) jest jednym z najczęściej rozpoznawalnych nowotworów. Dzięki staraniom Polskiego Towarzystwa Urologicznego jest polska wersja Kalkulatora Ryzyka Raka Prostaty.

Bardzo ważną grupą w przypadku profilaktyki dotyczącej chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego, zwłaszcza działań edukacyjnych chorych na raka gruczołu krokowego, raka nerki, raka pęcherza czy raka jądra, są lekarze medycyny rodzinnej, którzy skutecznie mogą ją realizować. Druga grupa wsparcia to lekarze medycyny pracy, gdyż rak pęcherza moczowego został uznany za chorobę zawodową. – Lekarz medycyny pracy ma kontakt z mężczyznami, którzy przychodzą na badania okresowe. Oczywiście nie ma obowiązku przekazywać zaleceń profilaktycznych, ale gdyby to robił, byłoby to z ogromną korzyścią dla pracowników i samorealizacji z pracy – mówi dr n. med. Roman Sosnowski z Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie.

W uroonkologii niezwykle istotna jest profilaktyka. Obejmuje ona ogólną profilaktykę zdrowotną istotną zarówno w onkologii, jak i w szerzej rozumianych chorobach cywilizacyjnych. Główne wskazanie to zakaz palenia tytoniu. – Udowodniono, że palenie jest ważnym czynnikiem ryzyka, który wpływa bardzo wyraźnie na wystąpienie raka pęcherza moczowego, jak również w nieco mniejszym stopniu, ale jednak – na raka nerki – podkreśla doktor Sosnowski.

Kolejnymi ogólnymi zaleceniami profilaktycznymi są: redukcja masy ciała, właściwa dieta, unikanie nadwagi, aktywność fizyczna. – Wciąż czynniki te są badane, ale coraz częściej zauważa się ich negatywny wpływ na choroby nowotworowe układu moczowo-płciowego; uważa się, że wysokie BMI i brak aktywności fizycznej w wyraźny sposób sprzyjają rozwojowi raka gruczołu krokowego i w mniejszym stopniu raka nerki – ostrzega.

Grupy ryzyka i postępowanie

W przypadku raka stercza niezwykle ważne jest spojrzenie w „kalendarz rodzinny”. Jeżeli w najbliższej rodzinie mężczyzny ktoś w pierwszej linii męskiej chorował, ryzyko zdecydowanie się zwiększa. W przypadku występowania raka prostaty także w drugiej linii zwiększa się ono nawet 10-krotnie. Kolejnym ważnym czynnikiem ryzyka jest wiek chorego – im starszy mężczyzna, tym większe zagrożenie. Bardzo istotne jest też obserwowanie własnego ciała, czyli objawów mogących sygnalizować choroby urologiczne. Jednym z ważniejszych objawów jest krwiomocz. – Lekarze medycyny rodzinnej i medycyny pracy mogą zrobić ogromnie ważną rzecz – zachęcić swoich podopiecznych do samooceny – mówi doktor Sosnowski. Zmiana barwy moczu przypisywana jest często spożytym wcześniej produktom spożywczym, a tymczasem krwiomocz jest bardzo charakterystyczny dla raka pęcherza, także dla raka nerki, a nawet dla raka gruczołu krokowego. – Każdy krwiomocz

powinien być dokładnie zdiagnozowany, co w praktyce oznacza konsultację specjalisty urologa i m.in. wykonanie cystoskopii. Zawsze powinno być wykonane badanie ultrasonograficzne i zawsze z wypełnionym pęcherzem moczowym – podkreśla mój rozmówca. Niezbędne jest też wykonanie ogólnego badania moczu, a także określenie poziomu mocznika i kreatyniny.

Co jeszcze powinno zaniepokoić? Wyraźna utrata masy ciała, apatia, brak łaknienia, niespecyficzne bóle brzucha i bóle kostne – to wyraźne symptomy choroby nowotworowej. Problemy z oddawaniem moczu, częstomocz, parcia naglące – to kolejne wskazanie do przeprowadzenia diagnostyki w kierunku chorób urologicznych.

Kontrowersje

Badanie przesiewowe w kierunku wykrycia raka gruczołu krokowego to ważny temat, często poruszany w gronach specjalistów urologów, onkologów czy epidemiologów. Pomimo przeprowadzenia dwóch dużych i kilku mniejszych wieloosrodkowych badań, w czasie których zastanawiano się, czy jest sens robienia badań przesiewowych dotyczących raka gruczołu krokowego, mających na celu zmniejszenie śmiertelności z powodu tej choroby (dwa główne badania przeprowadzone były w Stanach Zjednoczonym i w Europie) żadne z naukowych towarzystw urologicznych lub instytucji państwowych odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną nie wdrożyło badania skringowego. – W badaniu europejskim udowodniono, że wprowadzenie skringu może zmniejszyć o kilkadziesiąt procent śmiertelność z powodu raka gruczołu krokowego, niemniej równocześnie narazi wielu mężczyzn na stres spowodowany wykonywaniem tych badań diagnostycznych, zasieje niepokój w oczekiwaniu na wynik i jego interpretację. Pozostaje jeszcze problem wykrycia nowotworów o tzw. powolnym przebiegu (nieagresywnych), z powodu których mężczyzna niekoniecznie musi umrzeć (ang. indolent prostate cancer). Postępowanie diagnostyczne powinno być więc bardzo wyważone i rozsądne – podkreśla dr Roman Sosnowski. Idealny marker diagnostyczny w kierunku raka gruczołu krokowego nie istnieje. Białko PSA, czyli białko specyficzne dla tego narządu, jest właściwie jedynym ogólnie wykorzystywanym narzędziem (markerem). – Niedoskonałość tego testu polega na jego specyficzności dla narządu, a nie dla choroby, czyli podwyższone stężenie PSA niekoniecznie musi oznaczać chorobę nowotworową, albowiem może wiązać się z łagodnym przerostem gruczołu krokowego czy jego stanem zapalnym – wyjaśnia. Diagnostyka w kierunku raka stercza powinna dotyczyć tylko tych mężczyzn, którym szacujemy przeżycie dłuższe

*w przypadku
raka stercza
niezwykle
ważne jest
spojrzenie
w „kalendarz
rodzinny”.
Jeżeli
w najbliższej
rodzinie
mężczyzny
ktoś
w pierwszej
linii męskiej
chorował,
ryzyko
zdecydowanie
się zwiększa.*

niż 10 lat, w innym wypadku mężczyzna nie ucierpi (nie umrze) z powodu raka stercza, nawet gdy zostanie wykryty (w związku z tym diagnostyka jest niezasadna).

Lekarze POZ – bardzo ważne ogniwo

Nieoceniona jest rola lekarzy rodzinnych w procesie profilaktyki i rozpoznania chorób układu moczowo-płciowego. Mają oni bezpośredni i najczęstszy kontakt z mężczyznami. – Badanie urologiczne jest proste i krótkie, a jakże potrzebne. W pierwszej kolejności należy zebrać wywiad, w tym również wywiad rodzinny dotyczący chorób nowotworowych stercza czy nerki. Trzeba też ustalić, jakie objawy ma chory, głównie z zakresu dolnych dróg moczowych, zbadać go fizykalnie, w tym wykonać badanie per rectum. I tu ogromny ukłon w stronę lekarzy medycyny rodzinnej i ogromna prośba, by takie badanie wykonywali – podkreśla doktor Sosnowski. Należy jednak zawsze pamiętać, by było wykonywane w warunkach, które zapewniają komfort psychiczny choremu, jak i pracy lekarza.

W ostatnim czasie u coraz większego odsetka chorych nowotwór nerki rozpoznaje się przypadkowo – najczęściej przy okazji diagnozowania innych chorób, podczas badania ultrasonograficznego wykonywanego w ich kierunku. Aby właściwie ocenić drogi moczowe, należy zawsze wykonywać badanie USG z wypełnionym pęcherzem, co umożliwia ocenę ewentualnych patologii w pęcherzu moczowym. Badanie USG można w pewnym sensie zaliczyć do badania przesiewowego. – Taka diagnostyka generuje dla nas większą liczbę pacjentów, ale zmienia również ich profil – są młodszy, mają znacznie mniej zaawansowaną chorobę, lepiej poddają się leczeniu, a samo leczenie jest mniej okaleczające, pozwala uniknąć nefrektomii radykalnej – uważa doktor Sosnowski.

Edukacyjne kampanie społeczne

W ostatnim czasie Polacy otrzymują duże wsparcie od instytucji, które działają w medycynie. To m.in. stowarzyszenia pacjenckie, które coraz częściej dochodzą do głosu w sprawach edukacji, są wspierane przez peer edukatorów, jak np. Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Układu Moczowo-Płciowego „Gladiator” oraz Fundacji „Wygrajmy Zdrowie”. Organizują one spotkania edukacyjne w terenie, często przy współudziale lokalnych samorządów, wójtów, sołtysów czy miejscowych parafii oraz oczywiście lekarzy specjalistów. „Gladiator” wydaje również biuletyn informacyjny, prowadzi stronę internetową www.gladiator-prostata.pl.

Kolejną ciekawą inicjatywą jest działalność organizacji naukowych, jak np. Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU). – Podejmujemy wiele wyzwań mających na celu edukację zdrowotną pacjentów – mówi dr Sosnowski. We wrześniu 2012 r. w Łodzi odbył się kongres PTU, podczas którego zorganizowano sesję edukacyjną skierowaną do pacjentów. Spotkała się ona z dużym zainteresowaniem społeczeństwa, a także mediów. – Udało się zaprosić pacjentów oraz przedstawicieli właściwie wszystkich organizacji i instytucji, które działają w obszarze profilaktyki związanej z uroonkologią: poczynawszy od Ministerstwa Zdrowia, poprzez stowarzyszenia pacjentów, a także ludzi i instytucje, które prowadzą projekty dotyczące wybranych tematów, np. raka gruczołu krokowego czy raka nerki. Dys-

kusja w czasie sesji była bardzo żywa – opowiada. Łódzka sesja wpisła się w tzw. urology week organizowany w całej Europie przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne (więcej informacji i materiały edukacyjne na www.pturol.org.pl, www.urologyweek.org i www.patients.uroweb.org).

Także Departament Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia oraz warszawskie Centrum Onkologii wspierają prozdrowotne działania edukacyjne. Od prawie dwóch lat prowadzony jest projekt współfinansowany ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, dotyczący działań edukacyjno-profilaktycznych w zakresie raka pęcherza, gruczołu krokowego i nerki, skierowany do mężczyzn należących do określonych grup wiekowych oraz zawodowych. W ramach tego projektu w zakładach pracy odbywają się spotkania edukacyjne prowadzone przez psychologa i urologa. Program skierowany jest również do lekarzy rodzinnych oraz lekarzy medycyny pracy i urologów, dla których przygotowywane są seminaria z zakresu psychoonkologii i uroonkologii (więcej informacji o akcjach edukacyjnych oraz szkoleniach na www.męczyzna45plus.pl, www.mz.gov.pl). – Centrum Onkologii jako wiodąca instytucja w kraju jest otwarte i gotowe do każdej współpracy w zakresie profilaktyki i diagnostyki. Zachęcamy lekarzy do kontaktu z naszą placówką, ze specjalnie dedykowaną do tego celu przychodnią, która działa przy szpitalu na Roentgena 5 w Warszawie, ale także do kontaktu z Polskim Towarzystwem Urologicznym, we wszelkich aspektach dotyczących działań edukacyjnych i prozdrowotnych – dodaje.

Wsparcie on-line

W ostatnim czasie jednym ze sposobów ułatwiających działania diagnostyczne w określaniu problemu związanego z gruczołem krokowym stał się kalkulator ryzyka raka stercza, stworzony w oparciu o europejskie badanie przesiewowe w kierunku tego nowotworu. – PTU stale współpracuje z prof. Fritz Schröderem – autorem kalkulatora i jednocześnie twórcą europejskiego badania przesiewowego. Poprosiliśmy o udostępnienie tego narzędzia do wykonania polskiej wersji językowej. Ogromna w tym zasługa prof. Marka Sosnowskiego, byłego prezesa PTU, który jako pierwszy uznał, że to bardzo ważny krok, mogący pomóc lekarzom i społeczeństwu. Byłem odpowiedzialny za adaptację kalkulatora na nasz rodzimy grunt, oczywiście przy wsparciu i pod nadzorem Polskiego Towarzystwa Urologicznego – informuje doktor Sosnowski.

Od października ub.r. na stronie www.kalkulatorprostaty.pl po wprowadzeniu informacji od bardzo ogólnych, po szczegółowe – oparte na wstępnej diagnostyce, korzystając z narzędzia bardzo prostego w obsłudze i przyjaznego, można oszacować ryzyko wystąpienia raka gruczołu krokowego. Kalkulator podzielony jest na dwie części: pierwsza przeznaczona jest dla niespecjalistów, druga dla profesjonalistów, przede wszystkim dla urologów. Istnieje osiem różnych poziomów badania. Pierwsze dwa formularze kalkulatora wypełnia sam pacjent, nie potrzebuje do tego wiedzy medycznej. To narzędzie uzupełniające, które daje szansę kompleksowego spojrzenia na pacjenta, nie tylko przez pryzmat stężenia PSA, ale wielu innych czynników, które pełnią ważną rolę w diagnostyce. Warto poświęcić chwilę, by skorzystać z kalkulatora. Korzyści mogą być nieocenione. ■

Zachęcamy lekarzy do kontaktu z naszą placówką, ze specjalnie dedykowaną do tego celu przychodnią, która działa przy szpitalu na Roentgena 5 w Warszawie.



**Konstanty
Radziwiłł**

**Wiceprezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej**

Dyskusje etyczne – konferencja w Kapsztadzie

Przyszłość Deklaracji Helsińskiej w sprawie etycznych zasad prowadzenia badań medycznych z udziałem ludzi.

Deklaracja Helsińska (Declaration of Helsinki – DoH) to jeden z najważniejszych dokumentów etycznych w medycynie. Powszechnie akceptowana (także w Polsce „Kodeks etyki lekarskiej” wprost przywołuje ją w przypisie do art. 41a odnoszącym się do badań naukowych w medycynie) reguluje ważny dla dużej liczby lekarzy zakres etycznych zasad prowadzenia badań medycznych z udziałem ludzi.

Deklaracja przygotowana jako apel lekarzy do lekarzy została uchwalona przez Zgromadzenie Ogólne Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) w Helsinkach w czerwcu 1964 r. i od razu stała się „konstytucją” badaczy w obszarze medycyny (nie tylko lekarzy) na całym świecie. Było to szczególnie ważne po tym, jak środowisko medyczne nie tylko dowiedziało się o zbrodniczych eksperymentach pseudobadaczy hitlerowskich, ale gdy zaczęto zdawać sobie sprawę, że również po wojnie w wielu skądinąd cywilizowanych krajach prowadzono badania już na pierwszy rzut oka naruszające dobra badanych osób i narażające naukę w medycynie na zarzut niegodnego traktowania pacjentów.

DoH od tego czasu była sześciokrotnie nowelizowana (ostatnio w 2008 r.), zachowała jednak swój wyjątkowy charakter i wartości. Wobec pojawienia się w międzyczasie licznych innych dokumentów z tego obszaru (np. Zasad Dobrej Praktyki Klinicznej [GCP] Międzynarodowej Konferencji Harmonizacyjnej [ICH], czy wytyczne Rady Międzynarodowych Organizacji Nauk Medycznych [CIOMS]) DoH pozostaje krótkim (w wersji angielskiej nieco ponad 2 tys. słów) zestawem najważniejszych zasad prowadzenia badań z udziałem ludzi, które powinny być znane członkom komisji bioetycznych oceniającym dopuszczalność badań, lekarzom naukowcom, ale także licznyim lekarzom uczestniczącym czasem incydentalnie w badaniach lub wykonującym niewielkie badania towarzyszące np. pracom doktorskim (polska wersja DoH jest dostępna na stronach NIL pod adresem <http://www.nil.org.pl/dzialalnosc/orodek-bioetyki/deklaracja-helsinska>).

WMA zdając sobie sprawę z tego, że jest depozytariuszem tak ważnego dokumentu, poddaje go nieustannemu przeglądowi i także obecnie planuje jego nowelizację. W dniach 5-7 grudnia 2012 r. odbyła się w Kapsztadzie wstępna konferencja poświęcona temu tematowi. Wzięli w niej udział przedstawiciele 26 lekarskich organizacji narodowych (NIL reprezentowali Maciej Hamankiewicz i Konstanty Radziwiłł) oraz eksperci (filozofowie, etycy, prawnicy). Liczne wystąpienia i dyskusje były poświęcone zidentyfikowaniu obszarów wymagających zmiany, doprecyzowania lub ewentualnie usunięcia z DoH.

Mimo zdarzających się nacisków, aby do „Deklaracji...” wprowadzić szczegółowe regulacje precyzyjnie opisujące liczne problemy, które mogą pojawić się podczas prowadzenia badań, przeważa pogląd, że powinna ona pozostać krótkim dokumentem (dającym się przeczytać w ciągu nie więcej niż 15 minut) zawierającym podstawowe pryncypia, których spełnienie jest koniecznym warunkiem uznania dopuszczalności badania. Omawiając poszczególne sprawy regulowane przez DoH, poruszano poniższe sprawy.

1. Badania z udziałem osób z ograniczoną możliwością decydowania o sobie lub narażonych na nadużycia. Podkreślano, że z jednej strony takie grupy (wśród nich obok osób z ograniczoną poczytalnością, żołnierzy czy więźniów, także m.in. dzieci oraz ludzie starsi) wymagają szczególnej ochrony przed jakąkolwiek formą wykorzystania, z drugiej jednak ich powszechne eliminowanie z badań prowadzi do ograniczania dostępu takich osób do postępu w medycynie. Zauważono, że kwalifikowanie osób do takich grup może mieć miejsce zarówno w przypadku ograniczonych możliwości wyrażenia świadomej zgody, jak i różnego rodzaju upośledzenia społecznego lub ekonomicznego.
2. Biobanki. Omówiono skomplikowaną kwestię uzyskiwania zgody na prowadzenie badań w oparciu o zgromadzony wcześniej spersonalizowany materiał

*Liczne
wystąpienia
i dyskusje były
poświęcone
zidentyfikowaniu
obszarów
wymagających
zmiany,
doprecyzowania
lub
ewentualnie
usunięcia
z DoH.*

- biologiczny lub dane medyczne (w tym genetyczne). Przeważał pogląd, że już przy pozyskiwaniu takiego materiału lub danych powinno się prosić o szeroką zgodę obejmującą ewentualne przyszłe badania z jednoczesnym zapewnieniem zwrotnej informacji na ten temat.
3. Działania podejmowane po zakończeniu badania. Podtrzymano konieczność utrzymania obowiązku zapewnienia kontynuacji koniecznej opieki po zakończeniu badania. Zwracano jednak uwagę, że odpowiedzialność w tym zakresie powinna rozkładać się na organizatorów badania oraz władze publiczne. Badania powinny przynosić korzyść nie tylko osobom badanym, ale także całym społecznościom (np. w zakresie prewencji chorób czy dostępności do leczenia). Szczególną uwagę zwracano na konieczność faktycznego zapewnienia pełnej rekompensaty osobom poszkodowanym w wyniku badania.
 4. Komisje bioetyczne. Podkreślano konieczność zapewnienia wysokich kompetencji (szkolenia!) członkom komisji. Zauważano, że komisje nie powinny być dochodowe, a także że powinno się unikać sytuacji konfliktu interesów (w szczególności zauważano, że niestosownym jest ocenianie badań przez komisje pracujące w obrębie instytucji mających prowadzić te badania).
 5. Omówiono krótko propozycje odrębnego uregulowania sprawy enhancement. Uznano jednak, że badania w tym granicznym obszarze medycyny, jeśli mają mieć rzeczywisty charakter, powinny spełniać wszystkie wymagania DoH i nie wymagają innych regulacji.
 6. Dłuższa dyskusja wywiązała się na temat prawa lekarza do sięgania do terapii niestandardowych (w tym do używania leków poza wskazaniami rejestracyjnymi). Uznano, że jest ono oczywistym przejawem autonomii zawodowej. Jednocześnie jednak zwracano uwagę, że jeśli takie praktyki nabierają rutynowego charakteru, to lekarze powinni rozważyć przeprowadzenie badań umożliwiających zbadanie zasadności uznania ich za standard. Jednocześnie podkreślano nierozłączność opieki medycznej i badań w medycynie, które często się przeplatają.
- Należy podkreślić, że debata miała charakter wstępny i obecnie nadal jest czas na wyrażenie wszelkich uwag wobec „Deklaracji...”. Prace w WMA będą kontynuowane, a kolejne spotkania ekspertów będą miały miejsce w przyszłym roku. Obecnie przychodzi pora na zgłaszanie konkretnych poprawek do DoH. Dobrze by było, aby także polskie środowisko lekarskie wzięło udział w dalszej debacie nad tym ważnym i stosowanym na co dzień dokumentem. ■

Badania powinny przynosić korzyść nie tylko osobom badanym, ale także całym społecznościom.

Maria
Domagała

*Świadczenia
zdrowotne
publicznej
służby zdrowia
są bezpłatne
lub płatne
częściowo dla
osób o niskich
dochodach.
Uprawnienie
do darmowych
świadczeń
podstawowej
opieki wiąże
się z faktem
zamieszkiwania
w Irlandii.*

Irlandia

za zdrowie płaci budżet, dopłacają obywatele

To system zupełnie inny niż np. w Polsce. Finansowany jest z budżetu państwa. Przeszedł drogę od rozdrobnienia do centralizacji. Niektóre wskaźniki stanu zdrowia mieszkańców – jeszcze kilkanaście lat temu należące do najgorszych w UE – dziś sytuują ten kraj w czołówce. Jeden z celów irlandzkiego systemu to pomoc grupom uboższym.

W miejsce istniejących wcześniej kilku regionalnych urzędów zdrowia (Health Boards) w 2005 roku powstał jeden krajowy Zarząd Służby Zdrowia (Health Service Executive, HSE) odpowiedzialny za gospodarowanie budżetem zdrowotnym (ponad 13 mld euro) i dostarczanie wszelkiego rodzaju świadczeń. Jest największym pracodawcą, zatrudnia ponad 100 tys. osób. Składa się z trzech jednostek: narodowego biura szpitali, departamentu podstawowej, środowiskowej i długoterminowej opieki oraz dyrekcji zdrowia publicznego. Odrębna jednostka ds. leków ocenia sposób ich dostarczania, uczestniczy w negocjacjach cenowych i refundacyjnych. W terenie HSE działa przy pomocy doradczych grup ekspertów skupiających profesjonalistów medycznych i pacjentów.

Źródłem finansowania systemu są głównie podatki. W 2006 r. stanowiły one 78 proc. całkowitych wydatków na zdrowie, reszta pochodziła ze składek na ubezpieczenie społeczne, podatków pośrednich i środków prywatnych – w tym opłat pacjentów (out-of-pocket, OOP) za porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (general practitioner, GP), za pobyt w szpitalu i leki oraz z prywatnych ubezpieczeń, których udział w kosztach ochrony zdrowia wynosił 8 proc. Całkowite wydatki na zdrowie w 2007 r. wynosiły ok. 14,5 mld euro – 25 proc. wszystkich wydatków rządowych. Udział zależnych od zarobków składek zdrowotnych od zatrudnionych i pracodawców (maksymalnie 2,5 proc. przy zarobkach ponad 100 tys. rocznie) jest niewielki, stanowi ok. 10 proc. budżetu na zdrowie.

Z własnej kieszeni

Opłaty pacjentów pokrywają 13 proc. kosztów ochrony zdrowia. Część korzysta z tzw. schematów uprawniających

do zwolnień z OOP, pozostali płacą za usługi do pułapu 90 euro miesięcznie (porada GP kosztuje 50-80 euro, opłata za dobę pobytu w szpitalu publicznym 66 euro, do osiągnięcia rocznego pułapu 660 euro). Zwolnieni z tych opłat są hospitalizowani z powodu chorób zakaźnych, ciąży, noworodki i dzieci w niektórych sytuacjach. Opłaty w placówkach prywatnych są znacznie wyższe, ale ubezpieczenie prywatne pozwala je zredukować, np. przy opłacie 80 euro można uzyskać zwrot 20-30 euro.

Największym ubezpieczycielem prywatnym (75 proc. rynku) jest Urząd Dobrowolnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (Voluntary Health Insurance Board, VHI) – niekomercyjne ciało prywatno-państwowe, z radą nadzorczą wskazaną przez ministra zdrowia. Z VHI korzysta 51 proc. ludności. Pełni on dwie role: pokrywa koszty opłat dla nieposiadających uprawnień do bezpłatnych świadczeń i wspiera publiczną służbę zdrowia, skracając czas oczekiwania na zabiegi poprzez umożliwienie dostępu do usług prywatnych.

Karty medyczne i inne schematy

Świadczenia zdrowotne publicznej służby zdrowia są bezpłatne lub płatne częściowo dla osób o niskich dochodach. Uprawnienie do darmowych świadczeń podstawowej opieki wiąże się z faktem zamieszkiwania w Irlandii (nie z obywatelstwem i płaceniem podatków). Państwo ma konstytucyjny obowiązek zapewnienia odpowiedniej opieki zdrowotnej osobom o niskich dochodach.

Powszechnie stosowanym narzędziem są tzw. karty medyczne, np. karta medyczna I kategorii uprawniająca do wszystkich świadczeń bez opłat przysługuje osobom po

70. roku życia, o niskich dochodach, cierpiącym na choroby zakaźne, kobietom w ciąży.

System refundacji świadczeń zorganizowany jest w ramach tzw. schematów. Największy jest schemat refundacji świadczeń opieki podstawowej (Primary Care Reimbursement Scheme, PCRS), który pacjentom I kategorii pozwala korzystać bezpłatnie z usług prywatnych lekarzy ogólnych (należących do tego schematu), a zakontraktowanym farmaceutom daje prawo do uzyskania refundacji. Obejmuje około 30 proc. ludności. Pozostali płacą sami za świadczenia podstawowe, chyba że kwalifikują się do GP Visit Card – karty lekarza ogólnego, rozszerzającej grupę uprawnioną do bezpłatnego korzystania ze świadczeń POZ; wtedy HSE płaci za wizyty u lekarzy oraz częściowo za przepisywane przez nich leki.

Działają też inne schematy: macierzyński na bezpłatną opiekę ambulatoryjną i szpitalną w ciąży – rozszerzony, gdy matka ma np. cukrzycę; opieki w chorobach przewlekłych (np. cukrzyca, padaczka, SM, ostra białaczka) pokrywa wszystkie koszty leczenia i leków (obejmuje 2,5 proc. populacji); wysokiej technologii pozwala opłacić leczenie onkologiczne i transplantacje; metadonowy zapewnia terapię uzależnionych od narkotyków; lekowy (dla osób nieposiadających kart medycznych) refunduje wydatki powyżej określonego poziomu (korzysta z tego schematu 36 proc. ludności); zasiłkowy zapewnia pomoc finansową w uzyskaniu świadczeń dentystycznych, okulistycznych, słuchowych.

Szczególnie ważny jest schemat lekowy (Drugs Payment Scheme, DPS); pozwala refundować 4500 leków ujętych w wykazie usług refundowanych POZ i 3600 z wykazu DPS. Farmaceuci otrzymują refundację niezależnie od tego, do jakiego schematu należy pacjent. Tylko nieliczne farmaceutyki nie są objęte refundacją: niektóre środki przeciwbólowe (napadol), suplementy witaminowe.

Niektóre świadczenia nie są dostępne w publicznym systemie, nie obejmuje ich więc żaden ze schematów: chirurgia kosmetyczna, testy genetyczne, zapłodnienie in vitro (choć farmakoterapia stosowana w in vitro – tak). Aborcja jest zakazana – z wyjątkiem zagrożenia życia matki.

Zasiłki chorobowe nie przysługują z automatu, ale wielu pracowników je otrzymuje – wysokość zależy od ostatniej pensji. Starszym, niezdolnym do pracy, niepełnosprawnym wypłacane są zasiłki pielęgnacyjne.

Lekarze na kontraktach

Lekarzy kształci pięć uczelni, studia trwają sześć lat i dają tytuł lekarza medycyny, chirurgii lub położnictwa. Specjalizację GP uzyskuje się po odbyciu w jednym z 12 centrów specjalnego 4-letniego schematu szkoleniowego za-

aprobowanego przez stowarzyszenie lekarzy ogólnych. Aby pracować w Irlandii jako lekarz, trzeba być członkiem samorządu – Rady Lekarskiej. Umożliwia ona uzyskanie specjalizacji, dba o standardy kształcenia (w tym ustawicznego – 50 godzin rocznie) i kontroluje uczelnie medyczne, prowadzi rejestr lekarzy i wdraża procedury dyscyplinarne.

W 2005 r. pracowało w Irlandii ok. 2200 lekarzy ogólnych, większość w praktykach indywidualnych albo grupowych. Świadczenie usług w ramach publicznej SZ wymaga posiadania kontraktu z HSE. Na wynagrodzenie lekarza składają się stawki kapitacyjne plus za opłaty dodatkowe usługi (wizyty domowe, szczepienia). W 2006 r. stawki per capita oscylowały od ok. 50 euro za pacjenta w wieku 5-15 lat mieszkającego do 3 mil od gabinetu do 240 euro za pacjentkę w wieku ponad 70 lat mieszkającą ponad 10 mil od gabinetu.

Dentyści, optycy i farmaceuci także działają w ramach prywatnych praktyk. Konsultanci (specjaliści) w publicznych i niepublicznych szpitalach są zatrudnieni na kontraktach dla konsultantów medycznych, otrzymują pensję. Mogą też uzyskiwać dochody z prywatnej praktyki. Średni zarobek brutto konsultanta szpitalnego wynosi 127 tys. euro rocznie. W 2006 r. w systemie publicznym pracowało 2100 specjalistów-konsultantów.

Szpitala publiczne wspomagane

W 2007 r. działały w Irlandii 53 szpitale, w tym specjalistyczne, pediatriczne, 8 klinicznych. Szpitale są publiczne i niepubliczne (społeczne). Te drugie – jest ich 29 – mogą być prowadzone przez organizacje religijne oraz stowarzyszenia i są to zarówno duże ośrodki akademickie, jak i niewielkie lokalne; świadczenia prowadzą na zasadach ogólnych, są finansowane ze środków publicznych. Korzystają z nich pacjenci publiczni i prywatni. Kilka szpitali czysto prywatnych także świadczy usługi dla pacjentów publicznych. W szpitalach wszystkich typów 20 proc. łóżek jest przeznaczonych dla pacjentów prywatnych. Włączenie do systemu publicznego prywatnych szpitali pozwala skrócić czas oczekiwania na zabieg. Specjalny fundusz National Treatment Purchase Fund (NTPF) służy do zakupu usług prywatnych dla pacjentów czekających na zabieg w sektorze publicznym dłużej niż 3 miesiące.

Przyjęcie pacjenta do publicznego szpitala odbywa się ze skierowaniem GP – poza sytuacjami nagłymi. ■

Korzystałam z opracowań:
Health Care Systems in Transition: Ireland. Health System Review 2009, przygotowanego przez European Observatory on Health System and Policy, oraz źródeł własnych.

Lekarzy kształci pięć uczelni, studia trwają sześć lat i dają tytuł lekarza medycyny, chirurgii lub położnictwa.





Joanna
Sokołowska

*Są miejsca
na medycznej
mapie naszego
kraju, które
bez obecności
backpackerów
przestałyby
istnieć, niewielkie
szpitale,
do których
pielgrzymują
dyżurowi turyści
z odległych
nawet krańców
kraju.*

BACKPACKER



Zobaczyłam Go na szpitalnym parkingu. Wysiadał z czarnego terenowego samochodu o gabarytach wozu bojowego, rejestracja wskazywała na pochodzenie z ościennego województwa.

Jego trochę niestaranny wygląd przypisałam umiejętnej stylizacji. Z otchłani swojego krążownika wydobył, na oko stulitrowej pojemności, plecak, wypchaną torbę na ramię, fartuch, jednorazową torebkę z popularnego dyskontu spożywczego, lokalnie, choć nie bez złośliwości, nazywaną „oszołomką”. Po namyśle zanurkował w czeluść bagażnika i wyłowił z niej kolejno dwa białe klapki crocсы. Mignął jeszcze zawadiacko światłami, uruchamiając autoalarm i pobiegł w kierunku wejścia dla personelu. Oto przedstawiciel nowego gatunku szpitalnej fauny – dyżurowy backpacker!

Nie poznałam go prawie, choć przecież razem odbywaliśmy staż podyplomowy. Przypomniała mi się nasza dawna rozmowa w szpitalnym bufecie, gdzieś w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych. Wyglądał wtedy źle – błady i jakiś wymięty, ale z błyskiem

nadziei w oku. Lekko niedoprany w szpitalnej pralni fartuch z darów, z naszywką „Krankenschwester” na piersi, przyozdobił naszyjnikiem firmy Littman – hit wśród stażystów. Kupował kajzerkę i serek homogenizowany. – No ciężko jest – mówił. – Mam sześć dyżurów na Izbie Przyjęć, cztery w Karetce i jeszcze te na Oddziale. Jak zrobię „jedynekę”, będzie lepiej. Trochę się wstydził przed mniej zdolnymi kolegami z liceum, którzy w ciągu pomaturalnych sześciu lat osiągnęli stabilizację finansową.

Teraz zmądrzał. Fartuchy pierze mu pralnia „Białe kołnierzyk”, do marki słuchawek przykłada mniejszą wagę niż do logo smartfonu. Dyżury wybiera z rozmysłem – cztery w jednym oddziale, cztery w innym, dwa w prywatnej lecznicy w stolicy województwa. Czasem jeszcze w Nocnej Pomocy Lekarskiej. Wykonuje jedną z deficytowych specjalności, więc wynegocjował za



ważnego czasu pracy. Unika obowiązku prowadzenia historii chorób, żmudnych i nudnych wypisów. Pojawiał się w panteonie szpitalnym wraz z możliwością pełnienia tak zwanych „kontraktowych” dyżurów. Początkowo nieśmiało wypełniał swoją osobą luki w grafiku, zastępując kolegów, którzy z przyczyn losowych byli nieobecni w pracy. Stopniowo ze swej wędrówki pomiędzy oddziałami danej specjalności uczynił sposób na lekarskie życie. Szybko okazało się, że dla dyrekcji szpitala jest prawdziwym skarbem – doświadczony, nie generuje kosztów wynikających z konieczności kształcenia, nie wymaga zapewnienia osłon socjalnych, ponosi odpowiedzialność cywilną za swoje poczynania, sam płaci za swój urlop. Dla kolegów, którzy dyżurują z obowiązku wynikającego z zatrudnienia na oddziale, niejednokrotnie ten szpitalny nomada jest wybawcą. Chętnie przecież dyżuruje w lepiej płatne, ale jednak dla większości wolne od pracy dni świąteczne, swoim zejściem z dyżuru nie uszczupla liczebności zespołu. To dzięki niemu zatrudnieni w oddziale mogą zaczerpnąć haust wolności – wyskoczyć na dyżur do innego zaprzyjaźnionego szpitala...

Są miejsca na medycznej mapie naszego kraju, które bez obecności backpackerów przestałyby istnieć, niewielkie szpitale, do których pielgrzymują dyżurowi turyści z odległych nawet krańców kraju. Dla backpackera odległość nie stanowi problemu, choć ma oczywiście swoją cenę. To dzięki niemu wciąż mamy wrażenie, że jest nas, lekarzy, wystarczająca ilość, by wypełnić comiesięczne dyżurowe grafiki. Nikt przecież nie liczy, ile godzin po dyżurze backpacker spędził na innym dyżurze. Wszyscy wiedzą, że zbytnio w pracę oddziału się nie angażuje, a więc pewnie na którymś z nich uda mu się wypocząć. A jeśli nie? No cóż, jest dorosły i wie, co robi. Nie znajdzie zrozumienia wśród „kanapowych dyżurantów”!

Z punktu widzenia mechanizmów rynku pracy, dyżurowy backpacker wydaje się formą stojącą na szczycie ewolucyjnej drabiny. Sam określa czas i miejsce wykonywania swojego zawodu, sam sobie jest szefem, pracodawcą i pracownikiem. Czeką go jednak los emigranta. Tak naprawdę nigdzie nie jest u siebie, o żadnym miejscu nie powie „na naszym oddziale”. Nie prowadzi pacjentów, nie zna ich losów, nie planuje ich terapii. Udziela im doraźnej, sensu stricto dyżurowej, pomocy. Tak naprawdę ceną za niezależność jest, w jego przypadku, pozbawienie się tego, co stanowi niezbywalną wartość w procesie leczenia – powrotu informacji o skutkach zastosowanej terapii. Nikt go w prawdzie nie zgani, ale też pewnie nikt mu nie podziękuje. Gdy tylko po porannym raporcie zabiera swój dyżurowy ekwipunek i znika – znika także, a może przede wszystkim, dla pacjentów.

Możemy, wzorem turystów licytujących się, kto jest lepszym podróżnikiem, zastanawiać się, czy dyżurowy backpacker jest wart tyle samo, co doktor związany na stałe z miejscem zatrudnienia. Ja zadaję sobie pytanie: czy na pewno o taką wolność wykonywania zawodu nam chodzi... ■

*Początkowo
nieśmiało
wypełniał
swoją osobą
luki w grafiku,
zastępując
kolegów, którzy
z przyczyn
losowych
byli nieobecni
w pracy.
Stopniowo ze
swej wędrówki
pomiędzy
oddziałami danej
specjalności
uczynił sposób
na lekarskie
życie.*

nie stawkę pozwalającą na spłatę kredytu. Nie ma już kompleksów wobec mniej zdolnych licealnych kolegów. Jeździ dobrym samochodem, pobudował dom, choć rzadko w nim bywa. Jada sushi, świętuje Beaujolais nouveau, wakacyjną plażę w Darłówku, zamienił na Côte d'Azur. Tylko po latach spędzonych pod bezzyciowymi lampami sali operacyjnej przysnął mu dawny błysk nadziei w oku.

Backpacker – człowiek podróżujący samotnie z niewielkim bagażem. W świecie podróżników to więcej niż turysta. Plecak, niski budżet podróży, mimo jej egzotycznego kierunku i próba nawiązania bliskiego kontaktu z rdzennymi mieszkańcami odwiedzanego kraju, to dla backpackera więcej niż sposób na podróżowanie. To styl życia. To gwarancja niezależności od grupy i od czasu, swoboda w określaniu reguł i wyboru towarzystwa. Dla innych, wciśniętych w ramy zorganizowanej turystyki, spiętych gorsetem hotelowych rezerwacji i voucherów, to personifikacja wolności.

Medyczny backpacker przestrzega wszystkich powyższych reguł w odniesieniu do idei dyżuru lekarskiego. Odrzuca rutynę szpitalnego obchodu, liczenie punktów, comiesięczną statystykę, rozliczenia równo-



**Sławomir
Pietras**

**Dyrektor
polskich teatrów
operowych**

Jajko z Sosnowca

Patrzenie z góry, protekcyjny ton, źle ukrywane lekceważenie i pobłażanie, to częste przymioty funkcjonariuszy ośrodków centralnych, mieszkańców dużych miast, a zwłaszcza stolic.

Zresztą nie tylko u nas. Ciągłe bawi dowcip o warszawskich cwaniakach, którzy przed wojną sprzedali most Kierbedzia, stojącemu na nim bezradnemu prowincjuszowi. Często słyszy się, jak mieszkańcy stolicy (zwłaszcza ci w pierwszym pokoleniu) protekcyjnie rozprawiają o „prowincjonalnych artystach, lokalnych politykach” czy „słomie w butach” dopiero co przybyłych ludzi z innych miast. Epitety kawalera z Grójca, eleganta z Mosiny, żyda z Kalisza, dupy z Czeladzi, chama z Miechowa, złodzieja z Podola, krzyżaka z Pomorza, brzmiały wprawdzie obraźliwie, ale zagnieżdżyły się już na dobre w arsenale wulgarnych i potocznych określeń.

Mieszkańcy poszczególnych regionów wykazują swoje cechy, często uwarunkowane historycznie i przekazywane z pokolenia na pokolenia. Zamiast powiedzieć wprost o przysłowiowym skąpstwie krakowiaków i poznaniaków, przytacza się opowieść, skąd na świecie wziął się drut miedziany.

Otóż dawno temu dwaj mieszkańcy tych miast spierali się o miedzianą monetę wielkości 5 groszy. Chwycili pieniądze z dwóch końców i poczęli ciągnąć każdy w swoją stronę. Kiedy żaden nie ustąpił z pięciogroszówki, zrobił się drut, po którym do dziś przepływa energia elektryczna.

Studiując, mieszkałem na krakowskim Salwatorze, w skromnej mansardzie, za którą właścicielka pobierała niewielką opłatę. Pewnego razu poprosiłem o przejrzenie się w wysokim tremo, stojącym w pokoju jadalnym. Wychodziłem właśnie na koncert w nowym, długim, modnym wówczas płaszczu. Właścicielka chętnie udostępniła mi lustro i... pobrała dodatkową opłatę w wysokości 1 zł.

Dalsze studia postanowiłem kontynuować w Poznaniu. Tutaj początkowo straszono mnie maksymą „gość w dom – cukier w kredens!“. Stanowczo zaprzeczam wszelkim tego rodzaju insynuacjom. Poznaniacy nie są skąpi, a często posuwają się nawet do gościnności. Na przykład podawanie tanich, słodkich, domowych wypieków już na początku

przyjęcia, w dowolnej ilości. Nasyceni goście zjadają potem o wiele mniej potraw, tych droższych. To nie jest skąpstwo. Raczej pragmatyczna oszczędność. A to różnica.

Antagonizmy dzielnicowe wśród różnych społeczeństw nie są czymś nowym. U nas pochodzą głównie z odrębności politycznych, ekonomicznych i kulturalnych między niegdyśniejszymi zaborami. Warmiacy różnili się od Kaszubów, Pomorzanie od Wielkopolan, Mazowszanie od krakowiaków, a ci zza Buga – od reszty świata.

Co innego zadawniona niechęć – również sięgająca zaborów – między Zagłębiakami a Ślązakami. Tutaj rozdźwięki i antagonizmy były i są poważniejsze, często bardziej zawzięte i nacechowane wieloletnią pamiętliwością. Jakiegokolwiek ich podsycanie stanowi akt wrogości wobec jednych i drugich. Być może nie do końca uświadomił to sobie pochodzący z Malborka wesolek Kacper Ruciński. Przed szalejącą z rozbawienia publicznością w Rybniku (centrum Śląska) opowiedział niedawno mniej więcej taki oto – transmitowany telewizyjnie przez Polsat na całą Polskę – „witz”: – Są w sprzedaży 4 gatunki kurzych jajek: ekologiczne (najlepsze), wolny wybieg (dobre), ściółkowe (takie sobie) i klatkowe (marne). Potem wymieniał jeszcze dalsze, aż doszedł do liczby 30. I wtedy powiedział tak: – Trzydziesty gatunek to jest jajko z... Sosnowca! Odnioś sukces, bo było to w śląskim Rybniku.

Upprzedzam pana Rucińskiego z Malborka, aby na wszelki wypadek nie pokazywał się w Sosnowcu, nieformalnej stolicy Zagłębia. A już broń Boże nie występował z jakimikolwiek „witzami” o jakichkolwiek jajkach. Może bowiem stać się to przyczyną publikacji o związkach marnych dowcipów z medycyną i pogotowiem ratunkowym, zwłaszcza gdy udzielona będzie pierwsza pomoc po kolejnej próbie wkładania kija w szprychy i przy wjeździe z niewybrednymi dowcipami w śląsko-zagłębiowskie mrowisko. ■

Listy do redakcji

My współcześni

[...] Średnia wieku lekarzy w Polsce jest niższa od kilku do kilkunastu lat od średniej wieku Polaków i zależy od rodzaju specjalizacji lekarskiej. Porównując charakter pracy lekarzy w Polsce i za zachodnią granicą można zdefiniować przyczyny takiego stanu rzeczy. Otóż model pracy lekarza na zachodzie jest generalnie modelem pracy w jednym miejscu. Praca w szpitalu czy w klinice, a więc na oddziale, rozpoczyna się zwykle o godzinie ósmej i kończy o godzinie siedemnastej. W tym czasie lekarz ma prawo do przerwy na lunch oraz półgodzinny tzw. odpoczynek przy kawie. Nieliczna grupa lekarzy, oprócz pracy na oddziale szpitalnym, pracuje też

w prywatnej praktyce. Ta grupa jest rzeczywiście nieliczna, ponieważ otwarcie prywatnej praktyki w większości nobilituje lekarza, powoduje jego rezygnację z pracy szpitalnej, umożliwiając mu uzyskanie w praktyce prywatnej lepszych, czyli wyższych zarobków. [...] przeciętna praca lekarza jest nie krótsza od 12 godzin dziennie bez przerwy na lunch i kawę. Lekarze dyżurujący często mają czas pracy przekraczający 24 godziny, a nawet ponad 48 godzin ciągłej pracy. [...] W Polsce coraz bardziej zaznacza się podział na lekarzy, którzy już uzyskali specjalizację oraz tych, którzy są dopiero w trakcie jej uzyskiwania. Otóż lekarze specjaliści, oprócz podstawowego miejsca pracy, często zakładają swoje własne prywatne ośrodki, w których oczywiście pracują po normalnych godzinach pracy. Nierzadko zdarza się, że lekarz specjalista

Z góry przepraszam za temat rozważań

Na pewno był już wielokrotnie komentowany, a może nawet pojawił się w analizach naukowych. I pominąłbym go milczeniem zażenowania, gdyby nie fakt, że zjawisko przybiera na sile.

Spędziłem kilka dni za granicą. W hotelu miałem dostęp do jednego polskiego programu telewizyjnego i kilkudziesięciu niepolских. Po kilkudniowych pobieżnych obserwacjach stwierdzam, że obcokrajowiec, który na podstawie docierającego do niego programu naszej telewizji, chciałby sobie wyrobić jakiś wstępny pogląd na temat współczesnych mieszkańców kraju nad Wisłą, uznałby, że jesteśmy narodem dziesiątkowanym przez wzdęcia i zaparcia. Reklamy leku na te przypadłości pojawiają się co chwilę, na zmianę z reklamą firmy ubezpieczeniowej, oferującej polisy na wypadek śmierci, żeby nie robić kłopotu bliskim. Że taki przeciętny Włoch czy Niemiec nie zna polskiego i nie rozumie, że chodzi o lek na wzdęcia? Zrozumiem. Bo oprócz inscenizacji nadymania się bohatera tej opowieści, jest scenka rysunkowa, w której pokazane są: wzdęta część wnętrza tego pana i proces usuwania z niej (tej części wnętrza) gazów. I już. Wytlumacz potem takiemu Hiszpanowi czy Amerykaninowi, że Kopernik, Kościuszko, Skłodowska-Curie, Chopin, być może i mieszkali takiej przypadłości, ale nie były one ich główną zaletą i na pewno nie poświęcili wzdęciu większości swojego życia. A Chopin nawet żadnego Mazurka.

Wiem, że to czeplanie się, że tak naprawdę to nic złego i nikt nie ma na to wpływu, bo telewizja bierze reklamy, jakie dają, a firma produkująca lek daje reklamy, żeby się sprzedawała. A przypadłość jak każda inna i nie ma się co wstydzić. Więcej – obrońcy tej reklamy stwierdzą, że ma ona również pozytywne przesłanie. Można z niej wyciągnąć wnioski, że jesteśmy narodem życzliwym i empatycznym, bo w końcowej scenie widać, jak wszyscy współpasażerowie z tramwaju szczerze się cieszą, że lek usunął wreszcie gazy z wzdętego wnętrza tego pana. Też fałsz! Potem taki Portugalczyk

czy Irlandczyk przyjedzie do Warszawy i zdziwi się, że w tramwajach nie uśmiechamy się tak bardzo, jak pokazywała to telewizyjna reklama. No ale może to dlatego, że akurat tym razem, siódmką, wyjątkowo nie jedzie nikt, kto w czasie kursu miał problem ze wzdęciem, ale sobie z nim na naszych oczach poradził. A my, w tramwajach, uśmiechamy się tylko do takich.

I żeby była jasność – nie chodzi mi o unikanie tematu. Chodzi o proporcje i różnorodność. Może trafiłem na taki okres, może w takich chwilach włączałem telewizor. Ale w tych samych dniach włączałem telewizję niemiecką, włoską i francuską, i tam takiego zjawiska nie zauważyłem. Chociaż... Włosi najczęściej reklamowali kawę i drożdżową babkę święteczną. Nawet w swojej złośliwości powiedziałem w pewnej chwili do ekranu telewizora: „Jedzcie! Pijcie! Zobaczcie, co was potem dopadnie i jakiego leku będziecie potrzebowali”. Dość! Poczekajmy do wiosny. Znowu wybieram się za granicę i wtedy porównam. Może w tym czasie przybędzie reklam kwiatków, bocianich gniazd i spływów kajakowych?

Á propos spływów. Mam koleżankę lekarkę. Ze względu na karnację, kolor włosów i stroju roboczego, nazywamy ją Białą Ewą. Biała Ewa przygotowuje się do wyjazdu na kilkuletni kontrakt za granicę. Zaczęłam przygotowywać prezenty na pożegnanie. Jednym będzie mój autorski medyczny słownik polsko-niemiecki. Na razie mam tylko jedno hasło: „Wizyta domowa – Doktor Haus”. Drugim prezentem będzie występ chóru przyjaciół, który na imprezie pożegnalnej zaśpiewa pieśń: „Biała Ewo, lecz daleko stąd”. Obiecała, że wróci. No chyba, że się okaże, że tam częściej i bez kontekstu gastrycznego uśmiechają się do niej w tramwaju. ■

przemieszcza się pomiędzy kilkoma miejscami, wykonując specjalistyczne badania, takie jak ultrasonografia, endoskopia lub operuje, co wymaga dużej wiedzy. Obok więc normalnej i dodatkowej pracy, lekarz spędza kilka godzin w samochodzie. Oczywiście taki charakter pracy pozytywnie przekłada się na jego zarobki, które w mediach pokazywane są jako tzw. wysokie zarobki lekarzy, a które są sumą zarobków za pracę zwykle przekraczającą liczbę 60 godzin pracy tygodniowo. Część z tych pieniędzy pochodzi z kontraktów, od których trzeba zapłacić podatki i nie tylko. Nie wydaje mi się, żeby w najbliższym czasie sytuacja ta mogła ulec zmianie. Wprawdzie powszechnie panująca moda na karanie, w tym karanie lekarzy za różne uchybienia administracyjne, do których należy zaliczyć m.in. aferę receptową, uspokaja

społeczeństwo, że służba zdrowia, a zwłaszcza lekarze, są pod kontrolą. Służbę zdrowia u nas zmienia się rewolucyjnie. Zmiana ma stworzyć i po części tworzy idealną w mediach prywatną służbę zdrowia. Oczywiście media skutecznie podbijają bębenek [...]. Brak jest reakcji na głosy ludzi mądrych i siedzących realnie w medycynie. Stąd pytanie, czy będziemy żyli jeszcze krócej? Czy coraz bardziej dołączający do nas wyczerpaniem personel pielęgniarski pracujący w dwóch, trzech szpitalach, biały personel techniczny również pracujący w coraz to większej liczbie placówek medycznych będzie mógł liczyć na swoje, atrakcyjne medialnie opracowania statystyczne dotyczące długości życia, a także oceny własnego komfortu życia? Myślę, że odpowiedź na te dwa pytania brzmi: tak. ■



**Artur
Andrus**

**Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk**

**Prof. zw. dr hab.
n. med. dr h. c.
Aleksander
Sieroń**



Agata Morka

We wtorek w Paryżu

Woody Allen tęskni za Paryżem lat dwudziestych, ja za tym z końca XIX w., z rozbuchanymi kafejkami Montmartre, z zielenią absyntu, ze smutnymi oczyma kelnerki z Folies-Bergère. Ale Paryż lat 80. XIX w. oferował także mniej oczywiste sposoby spędzania wieczorów.

Przypuśćmy zatem, że jest rok 1887, zima, koniecznie wtorek. Nasz bohater, koniecznie młody i koniecznie artysta, idzie szybkim krokiem, przecinając na skos aleje platanów w Jardin des Plantes. Za parkową bramą skręca w Boulevard de l'Hôpital, przechodzi przez potężną bramę, biegnie już prawie po schodach, żeby zdążyć na spektakl, który za chwilę rozegra się w jednej z sal. Otwiera ciężkie drzwi i wślizguje się na sam koniec widowni.

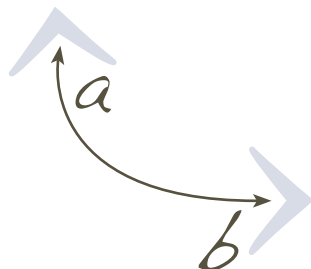
Ten właśnie wyimaginowany młody artysta mógłby być bohaterem obrazu André Brouilleta. Uchwyciona przez malarza scena przedstawia jedną z lekcji doktora Jean-Martin Charcota, ówczesnego leka-

rza celebryty. Wykłady organizowane przez niego w każdy wtorek w szpitalu La Salpêtrière przyciągały tłumy nie tylko lekarzy, a miały na celu zaprezentowanie najnowszych wyników jego badań. Mimo że sam Charcot i jego pacjentka, Marie „Blanche” Wittman, przesunięci są znacznie na prawą stronę obrazu, to jednak oni stanowią jego centrum, ku nim kierują się ciała i spojrzenia widzów, na nich zbiegają się linie perspektywy. Gwałtowne wygięcie ciała pacjentki, podkreślone jeszcze skosami ramion, dłoni i głowy, odróżnia ją od statycznych, ciemnych postaci wokół, czyniąc z niej główną bohaterkę tego osobliwego spektaklu. Na co cierpiała Blanche?



André Brouillet
„Lekcja Charcot
w szpitalu La
Salpêtrière” (1887)

*wykłady
organizowane
przez niego
w każdy wtorek
w szpitalu
La Salpêtrière
przyciągały
tłumy nie tylko
lekarzy.*





**Znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.
Wskaż oryginał i postaw rozpoznanie.**

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do **15 stycznia 2013 r.**

W temacie maila należy wpisać GL01.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju** ufundował voucher obejmujący m.in.:

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



NAGRODZENI Z „GL” 12/2012

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Magdalena Huber ze Śleszowic.
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 12/2012

Obraz oryginalny: B

Diagnoza: *Morbus gallicus*, czyli syfilis

Co dolegało Gerardowi de Lairese? Jedną z najczęściej stawianych przez badaczy diagnoz jest syfilis. Na *Morbus gallicus* wskazują między innymi następujące objawy, widoczne u malarza: nos siodełkowaty, słabo wykształcone kości szczękowe i prawdopodobne promieniste blizny rozchodzące się od kącików ust portretowanego.

Szczegóły różniące obrazy:

1. Umieszczenie w tle na stoliku pędzli i palety malarskiej.

Gdyby Rembrandt rzeczywiście umieścił w tle te atrybuty malarza, profesja de Lairese'a byłaby momentalnie rozpoznawalna, zdecydował się on jednak na bardziej intymną scenę, kierując światło na samego tylko de Lairese'a, odartego z rekwizytów. Konwencja tego portretu w istocie przypomina liczne autoportrety samego Rembrandta, w których i on sam, jako malarz, rzadko występuje przy sztaludze czy z paletą i pędzlami.

2. Umieszczenie w tle na stoliku dwóch naczyń: jednego mniejszego, z małą zawartością cieczy; drugiego większego, wypełnionego po brzegi.

Jednym z popularnych metod leczenia *Morbus gallicus* od XV w. była kuracja ręką. Chorego często smarowano maścią ręką bądź też poddawano go tak zwanym rękowym inhalacjom. Leczenie to powodowało jednak znaczny ślinotok, stąd w późniejszych przedstawieniach syfilityków często można spotkać dwa naczynia ustawione przy łóżku chorego, jedno zawierało rękę, podczas gdy drugie, zazwyczaj pełne, mieściło ślinę. Ślinotok uważany był za objaw pozytywny, pozwalający na oczyszczenie się z choroby.

3. Usunięcie kapelusza z głowy de Lairese'a.

W oryginalnej wersji Gerard de Lairese ma na głowie charakterystyczny dla holenderskiej XVII-wiecznej mody kapelusz. Jednak już w swoich autoportretach, de Lairese zawsze prezentuje się bez nakrycia głowy, odsłaniając długie pukle włosów, okalające twarz, które niewiele ma wspólnego z tą przedstawioną przez Rembrandta. Być może w wersji Rembrandtowskiej kapelusz pełni dodatkową funkcję: ma dyskretnie przesłaniać charakterystyczne wypukłe czoło de Lairese'a.

4. Dodanie zmian skórnych na lewej ręce portretowanego. Owrzodzenia na dłońach i wewnętrznej stronie stóp były jednym z objawów postępującego syfilisu. Jeśli więc de Lairese rzeczywiście cierpi na *Morbus gallicus*, to takie deformacje dłoni nie pozostawałyby nieuzasadnione.

Regulamin konkursu dostępny na stronie www.gazetalekarska.pl.

Wyjaśnienie dotyczące poprzedniego rozwiązania: ponieważ w oznaczeniu obrazów w nr. „GL” 11/2012 wkradł się błąd polegający na przypisaniu tych samych liter obrazom (A i A), redakcja wskazała oryginał, opisując go jako: „obraz A umieszczony na dole strony”, czyli poniżej rozwiązania.

Wszystkich Czytelników, którzy uznali nasze wskazanie oryginału za nieczytelne, przepraszamy za mało precyzyjne/dwuznaczne sformułowania.

Rembrandt
van Rijn
„Portret
Gerarda de
Lairesse'a”
(lata 60.
XVII w.)





**Agnieszka
Kania**

Lekarka
dentystka
z Opola,
lekarz
pisarz 2012

Czarodziejska góra na głowie

Nie przesadzę chyba, jeśli powiem, że Tomasz Mann znalazł się wtedy w potrzasku. Od dawna poszukiwał postaci, która ubarwi „Czarodziejską górę”. Wreszcie wpadł na Menheera Peeperkorna. Kto by go dziś nie znał! „I krzepki, i wątlý” zarazem, jękał się, bełkotał i popijał bez umiaru. Za pierwowzór posłużył autorowi sam Gerhard Hauptmann. – *Byłem w opresji – tłumaczył się Mann – i uległem pokusie. Opresja była natury artystycznej: nie miałem postaci niezbędnej ze względów kompozycyjnych i od dawna zaplanowanej, ale jej nie widziałem, nie słyszałem, nie posiadałem.* Olsniło go w Bolzano, gdzie spotkał starego przyjaciela. – *Ten idiotyczny wieprz ma być podobny do mojej skromnej osoby!* – oburzył się noblista, bo przecież natychmiast po przeczytaniu powieści rozpoznał tam siebie. I tak się zjeżył, tak zelżył młodszego kolegę, że tamten natychmiast pożałował pozornie niewinnego żartu. Sprawa zaszła daleko, Hauptmann napisał bowiem list do Samuela Fischera (ich wspólnego wydawcy), w którym poskarżył się: [Mann] *ubiera w moje buty Holendra, pijaka, socrealistę od trucizn, samobójcę, intelektualnego bankruta.* Potem zasył się w Agnetendorf (dzisiejszym Jagniątkowie), grzmiał w stronę Śnieżki, straszył Liczyrzepę, spuścił psy z łańcucha i przygotował pułapkę z liści na wypadek, gdyby ten łotr przyjechał błagać o przebaczenie. Nie odbierał telefonów, ogłuchł na zaczepki znajomych, wyraźnie knuł zemstę. A Mann tylko słał kartki z przeprosinami, lamentował, usprawiedliwiał się, zasłaniał głupim żartem. Aż mistrz dał się udobruchać. Świat zaś szybko zapomniał, czyż życiorys wiązał się z Peeperkornem.

A kto dziś pamięta kołtuny? To motyw w sztuce całkiem nieefektywny. Przegrywa z irokezem, lokami czy nawet zwykłym jeżem. Rozglądałam się coraz bardziej nerwowo, wreszcie przyszło olśnienie. Przecież „Wojowniczką” Ignacego Nowodworskiego ma zmierzwioną fryzurę!

Kołtun nazywano kiedyś gwoździem, gościem albo z łańciska *plica polonica*. Nosili go zabiedzeni chłopcy, pojawiał się też u flejtuchów spośród mieszczan i szlachty, widziano go również u kilku magnatów. Jak powstawał? Wystarczyło przez jakieś pół roku się nie myć, za to włosy nacierać tłuszczem i odwarem z barwinka, łopianu czy babiego muru i już na głowie tworzyły się kółki przypominające wielką, włochatą czapę. Całość kiwała się na wietrze, podskakiwała podczas chodzenia, huśtała się i objęła o ramiona.

Wyobraźmy sobie przez chwilę, że ktoś z naszych znajomych się tak zapuścił, że obnosi się z posklejaną

brodą i ciężkim od brudu warkoczem. Łatwo byłoby naprawić taką szkodę, wystarczyłyby mydło i nożyce. Ale nie w dawnej Polsce! Naszych przodków straszono bowiem jakąś dziwną chorobą, która nadchodzi z nienacką i przynosi rozmaite cierpienia: „ślepotę, wymioty, potraw obrzydzenie, żył pokurczenie, guzy albo wrzody na ciele” – jak wyliczał osiemnastowieczny poradnik medyczny „Compendium medicum auctum”. Niemoc „wywijała się” powoli. Najpierw – dość nieśmiało – skręcała włosy, potem układała całkiem ładne pukle i loki, aby zaraz zamienić je w strąki i tłuste kędziory.

Wierzono, że choroba słabnie podczas skręcania i plątania włosów. Ponoć wraz z rosnącym nieporządkiem na głowie chory odzyskiwał siły. Zalecano, aby kołtuna pod żadnym pozorem nie ścinać. Potrafił się bowiem mścić, nawiedzać rodzinę i znajomych, a nierazko dawał nauczkę całej wiejskiej gromadzie.

Mówiono też o czarodziejskim pochodzeniu gwoźdza. „Rodzi się kołtun z różnych przyczyn, najpród z czarów” – czytamy dalej w „Compendium”. Skoro tak – „zadawano” go niegodziwym panom i niedobrym sąsiadom. W całym kraju odprowadzano gusła, zaklinano, wyklinano i zamawiano kołtuny.

Dziwna to była choroba. W 1778 r. podróżujący po Polsce Sir Nathaniel Wraxall donosił: „trudno zaiste wyobrazić sobie coś bardziej odrażającego i wstrętnego”. W tym samym roku Johann Caspar Lavater opublikował czwarty tom „Fizjognomatycznych fragmentów ku krzewieniu wiedzy o człowieku i miłości do człowieka” (fizjognomatyka to umiejętność poznawania charakteru człowieka na podstawie jego cech zewnętrznych, głównie twarzy). A gdyby wtenczas duchowny odwiedził nasz kraj? Według niego brzydka była osoba zła. Ciekawe – co powiedziałby na widok niektórych naszych rozczochranych przodków?

Byłam w opresji – mogłabym powtórzyć za Mannem – i ulegałam pokusie. Gwoździe to temat we współczesnej sztuce raczej nieczęsty. Czy „Wojowniczką” nosi go na głowie? Jeśli nie, Ignacy Nowodworski chyba nie będzie pomstował i knuł zemstę. Tworzy przecież postacie niepospolite, otoczone aurą wyjątkowości. A takiej osobowości nie oszpeci żaden kołtun. ■

Ignacy Nowodworski
„Wojowniczką” (2012)



Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie
zaprasza Koleżanki i Kolegów
pasjonatów fotografii do udziału

**w I Ogólnopolskim Plenerze
Fotograficznym Lekarzy,
który odbędzie się w dniach 25-28 kwietnia 2013 r.
w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą**



Liczba miejsc: 20

UWAGA ! Liczy się kolejność zgłoszeń.

Szczegóły na stronie www.kultura.oil.lublin.pl/?p=399

**Uczestnicy pleneru są zobowiązani do przekazania
w formie elektronicznej minimum 1 pracy z
pleneru, na adres Lubelskiej Izby Lekarskiej
umożliwiającej wykonie odbitki/wydruku w
formacie 40x60 cm, do 20 maja 2013 r. na e-mail:
sekretariat@oil.lublin.pl do p. Kamili Chudaszek
tel: 536 04 50 fax: 536 04 70.**

FOTO: D. Hankiewicz

III ogólnopolski konkurs fotograficzny

**LEKARZY
I STUDENTÓW MEDYCyny**



VIII Zimowe Igrzyska Lekarskie

Zakopane 7 - 10 marca 2013

gigant, slalom, zjazd, kombinacja, snowboard, biegi narciarskie, łyżwiarstwo szybkie, hokej na lodzie



impieza towarzysząca

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym, Nowy Targ 9.03.2013.

informacje, zgłoszenia: www.igrzyskalekarskie.org

KALENDARZ IMPREZ KULTURALNYCH I SPORTOWYCH 2013

przyjęty przez Komisję
ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL

3-6.01

Dr Monika Kapińska-Mrowiecka
Krynica
XI Mistrzostwa Polski Lekarzy
Dermatologów w Narciarstwie
Alpejskim

12.01

Józef Safian
601 511 361
WOSiR Drzonków
XIV Turniej Halowy Tenisa Ziemnego
Lekarzy
OIL Zielona Góra

1-6.01

Anna Lella
609 690 518
Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny
„Kamień i Woda” wydanie
pokonkursowe albumu „ARS VITAE”
Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska

19.01

zastępczy: 27.01
Janusz Lewandowski
606 235 361
43-474 Koniaków 668
Ośrodek Narciarski Stożek Wisła
XI Ogólnopolskie Mistrzostwa Śląska
Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim
Beskidzka Izba Lekarska

27.01

Barbara Szefer-Marcinkowska
42/686 28 10
Klub Lekarzy OIL w Łodzi
Otwarty Konkurs Literacki Jednego
Wiersza
OIL Łódź

16.02

Jacek Łabudzki
603 914 107 drdjl@op.pl
Sandomierz
VI Zimowe Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Triathlonie

16.02

Maciej Pająkowski
602 177 857
XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Narciarstwie biegowym
Beskidzka Izba Lekarska

1-3.03

Maria Szuber
17 853 58 37
Bystre k. Baligrodu
XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Narciarstwie Alpejskim „Bystre 2013”
OIL Rzeszów

1.03

Barbara Szefer-Marcinkowska
42/686 28 10
Klub Lekarzy OIL w Łodzi
XIII Ogólnopolska Biesiada Literacka
OIL Łódź

marzec

Majka Żywicka-Luckner
604 286 324 majkazywicka@wp.pl
IV Ogólnopolski Konkurs
Poetycko-Prozatorski
„Puls Słowa”
OIL Warszawa

7-10.03

Maciej Jachymiak
606 340 275
Zakopane
VIII Zimowe Igrzyska Lekarskie
OIL Kraków

8-10.03

Alek Micał Jacek Kowal
603927870 17 853 58 37
Stalowa Wola
XVI Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Tenisie Ziemnym
OIL Rzeszów

9.03

Maciej Jachymiak
606 340 275
Nowy Targ
Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie
Stołowym
OIL Kraków

połowa marca

Izby: Śląska, Małopolska, Beskidzka,
Częstochowska
Wisła
Program „Aktywny lekarz-zdrowy lekarz”

7.04

Leszek Walczak
601 754 720
Towarzystwo Gimnastyczne „Sokół” i WIL
delegatura w Lesznie
XXVIII Bieg „Sokoła”
Bukowiec Górny 2013
Wielkopolska Izba Lekarska

18-20.04

Janusz Bieniasz
14 670 52 61
Lesław Ciepiela
602 758 441
Basen MOSiR Dębica
IX Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Pływaniu „Dębica 2013”
OIL Rzeszów

18-21.04

Mariusz Malicki
600 064 818
Częstochowa, Jasna Góra
V Ogólnopolski Jurajski Złot Lekarzy
Motocyklistów-Poraj 2013
OIL Częstochowa

20-21.04

Robert Bibik
695 864 973
Hala Sportowo-Widowskowa UM w Łodzi
II Medyczny Puchar Badmintona
„Zdążyć przed lotką-2013”
I Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Badmintonie
OIL Łódź

21.04

bieg jesienny: 13.10
Łukasz Skorupa
skori@gumed.edu.pl
Teren Nadmorskiego Parku im. Ronalda
Reagana w Gdańsku oraz Trójmiejski Park
Krajobrazowy
Gdańskie Biegi Lekarzy
OIL Gdańsk

25-28.04

Dariusz Hankiewicz
Kazimierz Dolny
I Ogólnopolski Plener Fotograficzny
dla Lekarzy
Lubelska Izba Lekarska

maj

zastępczy: czerwiec
Włodzimierz Cerański
602 121 084
Miejsce do ustalenia
XIII Ogólnopolski Plener Malujących
Lekarzy
OIL Warszawa

maj

Krzysztof Makuch
608 200 190
Centrum Konferencyjne WP, Warszawa, ul.
Żwirki i Wigury
II Mistrzostwa Polski Samorządów
Zawodowych w Brydżu Sportowym
„Misja”
OIL Warszawa

maj

Dariusz Hankiewicz
506 036 266
Galeria Sztuki Nieprofesjonalnej
„U Lekarzy” Lubelskiej Izby Lekarskiej
III Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny
dla Lekarzy i Studentów Medycyny
Lubelska Izba Lekarska

maj oraz październik

Małgorzata Sobieś-Zmudzińska
602 119 504
HIPOKRATES - rajd konny dla lekarzy
i ich rodzin
Bydgoska Izba Lekarska

1.05

Krzysztof Muskalski
34 368 18 88
Anna Żelechowska 608 283 685
siedziba OIL w Częstochowie, Muzeum
Częstochowskie w Ratuszu
I Międzynarodowy Salon Fotografii
Artystycznej Lekarzy „Photo Art.
Medica 2013
OIL Częstochowa

3.05

zastępczy: 20.04
Janusz Stępień
608 089 706
Olsztyn
Ogólnopolski Koncert zespołu
rockowego lekarzy „The Doctors”
z okazji jubileuszu 10 lat istnienia
Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska

9-12.05

Paweł Cholewiński
606 953 602
Klub Motocyklowy Kazimierz nad Wisłą
Złot Otwarcia Sezonu 2013 Dr Diders

9-12.05

Jerzy Pabis
605 569 065
Wisła
XII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Szachach
Śląska Izba Lekarska

10-12.05

Lesław Rudziński
601 913 381
Rita Idziak
34 368 18 88
Częstochowski Klub Tenisowy „Victoria”

ul. 3 Maja 1
XII Ogólnopolski Turniej Tenisa
Ziemnego Lekarzy w Częstochowie
OIL Częstochowa

17-19.05

Grzegorz Góral
668 285 173
Magdalena Gawron-Kiszka
606 789 428
Katowice, Czeladź,
Mikołów
III Ogólnopolskie Koncerty Chórów
i Orkiestr Lekarskich
Śląska Izba Lekarska

17.05

Grzegorz Góral
668 285 173
III Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny
„Okieł Eskulapa”
Śląska Izba Lekarska

17-19.05

Grzegorz Czajkowski
606 246 446
Kamila Sidor
091 487 75 61
Szczecin
III edycja Międzynarodowego
Konkursu Piosenki Amatorskiej
Lekarzy Śpiewających
OIL Szczecin

18-19.05

Maciej Borowiecki
606 978 528
III Memoriał Szachowy im. prof.
Bugalskiego
Beskidzka Izba Lekarska

18-19.05

Tomasz Klimza
691 488 383
Rita Idziak
Hotel Kmicic w Złotym Potoku
Ogólnopolski Jurajski Rajd Rowerowy
Lekarzy
OIL Częstochowa

24-26.05

zastępczy: 14-16.06
Wojciech Sędzicki
722 282 750
Marek Kmiecik
501 230 991
Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy im.
mjr Hubala

26.05

Elżbieta Czechowska
Filharmonia Krakowska
IV Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy
OIL Kraków

26-31.05

Andrzej Świeś
42 683 17 01
Klub OIL w Łodzi
XI Ogólnopolska Wystawa Malarska
Lekarzy
OIL Łódź

26.05

Maciej Pająkowski
602 177 857
XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w biegu
na 10 km
Beskidzka Izba Lekarska

30.05

Maciej Mroźewski
Tomasz Grodzki

Dariusz Adamczyk
91 46 12 251
XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Tenisie Lexus Cup 2013
OIL Szczecin

maj/czerwiec

Maciej Fortuna
604 230 468
Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Wędkarstwie Muchowym
i Spinningowym
OIL Kraków

czerwiec

Hanna Śliwińska
502 585 343
Ogólnopolski Zlot Lekarzy
Motocyklistów „Motobridge 2013”
Bydgoska Izba Lekarska

1-2.06

Mateusz Koberda
605 678 443
Korty Tenisowe Sopot
Towarzystwa Tenisowego,
ul. Haffnera, Sopot
Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego
Lekarzy Sopot 2013
OIL Gdańsk

7-8.06

zastępczy: 14-15.06
Jerzy Szymczak
501 161 191
Modry Las Golf Club
XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie
OIL Szczecin

7-9.06

zastępczy: 14-16.06
Krzysztof Matras
605 081 016
Mariusz Trus
697 111 238
Bychawa- Pszczela Wola
XI Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Kolarstwie Szosowym
Lubelska Izba Lekarska

8-9.06

Klaudiusz Komor
608 365 164
kkomor@op.pl
stawy Koła Beskid w Skoczów-Pogórze
XI Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Wędkarstwie Sławikowym
Beskidzka Izba Lekarska

9-16.06

Krzysztof Kordel
Slesin
Ogólnopolski Zlot motocyklistów
WIL Poznań

13-16.06

Maciej Lewandowski
606 980 888
Kamila Sidor
091 487 75 61
Niechorze
VII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Siatkówce Piłkowej
OIL Szczecin

14-16.06

Halina Teodorczyk
604 416 864
Jezioro Dąbskie
X Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby
Lekarskich w Żeglarskiej klasie Omega
o Puchar Prezesa NRL
OIL Szczecin

Kamila Sidor
091 48 77 561

15-16.06

Przemysław Rzepecki
693 525 263
Akwen zatoki Puckiej-HOM Puck
IV Ogólnopolskie
Regaty Lekarzy
w klasie Puck

8-9.06

Piotr Janik
602 380 957
Przemysław Klimas
604 792 574
VI Mistrzostwa Polski Lekarzy
w piłce nożnej 6-osobowej
w Częstochowie
OIL Częstochowa

21-22.06

Marek Gogacz
502 114 898
Tomasz Wójcicki
504 190 494
Strzelnica w Puławach
III Grand Prix w Strzelectwie
Myśliwskim Lekarzy,
Ogólnopolskie Zawody
Strzeleckie „Złoty Eskulap”
Lubelska Izba Lekarska

22.06

Piotr Kosiński
535 003 002
Zgierz
XVI Mistrzostwa Polski
Lekarzy MTB XC,
II Ogólnopolski Piknik
Rowerowy Medycyng MTB

23.06

Krystyna Anioł-Strzyżewska
600 362 792
Bartoszyce lub Warszawa
XII Mistrzostwa Polski Lekarzy
i innych Profesji Ochrony
Zdrowia w Ringo
OIL Warszawa

5-7.07

Janusz Kawałko
696 066 100
Andrzej Semczuk
Zamość Korty „RETURN”
Ogólnopolski Turniej
Tenisa Ziemnego
Lubelska Izba Lekarska

26-28.07

Adam Dyrda
601 447 521
Adam.dyrda@onet.eu
Tychy Korty Tenisowe
II Otwarte Mistrzostwa
Śląska Lekarzy w Tenisie
Śląska Izba Lekarska

27-28.07

S. Leks
606 887 104
Chelmno
MotoBridge
(rajd motocyklowy)
Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska

3.08-11.08

Maria Szuber,
Alfred Orlowski
178535837
Bieszczady
Rajd Górski Służby Zdrowia
„Bieszczady 2013”
OIL Rzeszów

23-24.08

Julian Pełka
Toruń
II Mistrzostwa Lekarzy
w Lekkiej Atletyce
Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska

24.08

Jacek Łabudzki drdlj@op.pl
IV Letnie Mistrzostwa Polski
Lekarzy w Triathlonie

25.08

zastępczy: 1.09
Mateusz Koberda
605 678 443
Plaża miejska w Gdańsku Brzeźnie
Amatorskie Mistrzostwa
Pomorza w Siatkówce
Piłkowej Gdańsk 2013
OIL Gdańsk

30.08

zastępczy: 01.09
Włodzimierz
Dłużewski
601 803 771
IX Zlot DoctoRRiders
OIL Łódź

wrzesień

Marek Jedwabniński
663 333 377
XIV Międzynarodowe Mistrzostwa
Polski Lekarzy w Strzelectwie
Myśliwskim OSIE 2013
Bydgoska Izba Lekarska

6-8.09

Bogdan Kula
607 229 601
Ośrodek „Wrota Mazur”
k/Pisza, Jezioro Roś
XXIII Żeglarskie Mistrzostwa Polski
Lekarzy Jachtów Kabinowych
Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska

11-15.09

Maciej Jachymiak
602 649 851
Zakopane
XI Igrzyska Lekarskie
OIL Kraków

13-15.09

Józef Safian
601 511 361
Zielona Góra MOSiR
III Turniej Ogólnopolski Lekarzy
w Tenisie Ziemnym
OIL Zielona Góra

13-15.09

Mariusz Janikowski
601 406 830
Baranów
IV Motocyklowy Zlot Lekarzy
OIL Kraków

14.09

Tomasz Kaczmarek
tomkolar@dostep.pl
Wieleń nad Notecią
XII Ogólnopolski Maraton
MTB Lekarzy „Michałki 2013”,
Mistrzostwa Polski Lekarzy
w maratonie MTB
Wielkopolska Izba Lekarska

15.09

Wojciech Łącki
602 244 817
Gniezno

XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Półmaratonie w Gnieźnie
Wielkopolska Izba Lekarska

28.09

Aleksander Skop
604 267 343
Zbigniew Kula
606 464 455
XIV Mistrzostwa Lekarzy Pomorza
i Kujaw w Tenisie Ziemnym
Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska
Bydgoska Izba Lekarska

październik

Krzysztof Makuch
608 200 190
Centrum Konferencyjne WP, Warszawa, ul.
Żwirki i Wigury
XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Brydżu Sportowym
OIL Warszawa

13.10

Wojciech Łącki 603 914 107
wojciechlacki@poczta.onet.pl
Poznań
XII Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Maratonie
Wielkopolska Izba Lekarska

20-25.10

Komisja Kultury OIL w Łodzi
42 683 13 78
biuro@oil.lodz.pl
Klub Lekarzy w Łodzi
Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna
„Świat w obiektywie lekarskim”
OIL Łódź

listopad

Zbigniew Bober
508 202 626
Mielec
XVIII Mistrzostwa
Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej
„Mielec 2013”
OIL Rzeszów

10.11

Elżbieta Czechowska
Poznań
V Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy

8-11.11

Adam Jakubowski
604 121 360
Bogusław Rataj
602 574 099
Pabianice Hala MOSiR
Halowy Ogólnopolski Turniej Lekarzy
w Tenisie Ziemnym -Memoriał A.
Jasińskiego
OIL Łódź

listopad

Alek Micał
Jacek Kowal
17 8535837
Korty Tenisowe Nowa Wieś k. Rzeszowa
III Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy
w Tenisie
OIL Rzeszów

11.12

Artur Czekierdowski
606 118 922
Jacek Grabski
605 332 041
Sobienie Królewskie k/Garwolina
V Drużynowe Mistrzostwa Izby
Lekarskich w Golfie
Lubelska Izba Lekarska

Sportowiec roku 2012

Plebiscyt na najlepszego lekarza sportowca w 2012 r.
oraz na najlepszego lekarza sportowca debiutanta.

Sportowiec 2012 r.

1. Andrzej Bernatowicz – OIL Warszawa
MediGames Antalya: 3 srebrne medale w tenisie stołowym,
1 brązowy w siatkówce plażowej
MP Lekarzy w Tenisie Stołowym: 2 medale złote, 1 srebrny
Igrzyska Lekarzy w Zakopanem: 4 złote medale w tenisie
stołowym

2. Janusz Emerich – OIL Gdańsk
Zimowe Igrzyska Lekarzy w Zakopanem: złoty medal
w zjeździe, srebrny w gigancie, brązowy w slalomie
Letnie Igrzyska Lekarskie w Zakopanem: 4 złote medale
w pływaniu, srebrny i brązowy w tenisie ziemnym

3. Małgorzata Gąsowska – K-POIL Toruń
XXII MP Weteranów w Lekkiej Atletyce: 2 złote medale
I MP Lekarzy w Lekkiej Atletyce: 2 złote medale
Igrzyska Lekarskie w Zakopanem: 6 złotych medali
w lekkiej atletyce, 4 rekordy igrzysk

4. Andrzej Kacala – OIL Łódź
MediGames Antalya: złoty medal w squashu, srebrne
w skoku w dal i w sztafecie, 3 brązowe w tenisie stołowym,
brązowy w badmintonie i siatkówce plażowej
Igrzyska Lekarskie w Zakopanem: złoty medal w skoku wzwyż,
srebrny w tenisie stołowym, brązowe medale w skoku w dal
i badmintonie

5. Piotr Kalinowski – urolog z Włocławka
Mistrz Polski Lekarzy 2012 w triathlonie letnim i zimowym,
zwycięzca triathlonu podczas Igrzysk Lekarskich w Zakopanem
oraz zdobywca złotych medali w pływaniu. Mistrz MediGames
w tych konkurencjach. Z powodzeniem uprawia również kolarstwo
i lekką atletykę. Wybitny także w urologii – uzyskał najlepszy wynik
z testu egzaminacyjnego spośród wszystkich zdających.

6. Joanna Kala – OIL Kraków
MediGames Antalya: złoty medal w dysku, srebrne w kuli
i oszczepie, brązowy w siatkówce plażowej
MP Lekarzy w Siatkówce Plażowej: złoty medal
Igrzyska Lekarskie w Zakopanem: złote medale w dysku
i oszczepie, srebrne w kuli i siatkówce halowej, brązowe
w tenisie stołowym

7. Krzysztof Kawecki – Wojskowa Izba Lekarska
MediGames Antalya: 3 medale złote i 4 srebrne w pływaniu
Igrzyska Lekarskie w Zakopanem: 8 złotych medali w pływaniu
Mistrzostwo Wielkopolski oraz Mistrzostwo Konstancina:
złote medale w kategorii Masters, a także na zawodach
w Chodzieży, Toruniu i Szczecinku

8. Bożenna Kędzierska – OIL Warszawa
10-krotna Mistrzyni Świata Lekarzy w Tenisie
Mistrzyni Polski Lekarzy w Tenisie 2012 – Zabrze i Pabianice
Zwycięzcy wielu turniejów tenisowych
Złota i srebrna medalistka MediGames w Alcante
i Montecatini w tenisie i lekkiej atletyce

9. Patrycja Kowalska – OIL Lublin
Zdobywczyni 2 złotych, 5 srebrnych i 4 brązowych medali
podczas Igrzysk Lekarskich w Zakopanem

10. Michał Niewczas – OIL Lublin
Zdobywca 3 złotych, 4 srebrnych i 1 brązowego medalu
na Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem

11. Joanna Stępień-Gielo – OIL Szczecin
MP Lekarzy w Pływaniu w Mielcu: 7 medali złotych,
5 srebrnych i brązowy, pierwsze miejsce w klasyfikacji
indywidualnej kobiet
Igrzyska Lekarskie w Zakopanem: 2 złote medale, 2 srebrne
i 3 brązowe w pływaniu, srebrny w pchnięciu kulą, brązowe
w biegu na 200 m i 400 m, w cross-country i rzucie dyskiem

12. Ewa Zimna-Walendzik – OIL Łódź
Igrzyska Lekarskie w Zakopanem: 7 złotych i 2 srebrne
medale w pływaniu

Debiut 2012 r.

1. Marta Bielewicz – OIL Gdańsk
MP Lekarzy w Pływaniu: 5 srebrnych medali i brązowy
IV miejsce w klasyfikacji generalnej dla OIL w Gdańsku

2. Dorota Izabela Fabijańska – OIL Lublin
Igrzyska Lekarskie w Zakopanem 2012: 3 złote medale
w lekkiej atletyce – skok w dal, skok wzwyż i bieg na 100 m

3. Maciej Michalak – OIL Warszawa
MediGames Antalya: złoty medal w skoku w dal,
5 srebrnych i brązowy w lekkiej atletyce
I MP Lekarzy w Lekkiej Atletyce: 2 srebrne medale
Igrzyska Lekarskie w Zakopanem: 4 medale złote,
1 srebrny i 1 brązowy w lekkiej atletyce

4. Ewa Wonko – OIL Łódź
MP Lekarzy w Triathlonie: złoty medal
Igrzyska Lekarskie w Zakopanem: złoty medal
w triathlonie, srebrny w skoku wzwyż, 3 brązowe w biegu

*Głos na
najlepszego
lekarza
sportowca
i najlepszego
debiutanta
roku 2012
można
oddawać,
przesyłając
kartki
pocztowe na
adres redakcji
lub mailowo.*

Twój rejon, twój wybór

Machina wyborcza ruszyła. Przygotowanie wyborów dla grupy ponad 150 000 lekarzy nie należy do rzeczy łatwych i prostych. Wymaga znacznego zaangażowania od członków komisji wyborczych, pracowników biur oraz władz OIL. Wiąże się również z koniecznością poniesienia określonych wydatków, pozyskania materiałów i sprzętu. Od strony organizacyjnej jest to cała batalia.

Jednocześnie dla każdego lekarza uczestniczącego w wyborach procedura jest banalnie prosta. Po otrzymaniu na adres domowy dużej koperty, w której znajdować się będzie między innymi karta wyborcza wraz z instrukcją, jak poprawnie zagłosować, aby głos był ważny, należy dokonać wyboru, a kartę wyborczą umieścić w małej nieoznakowanej kopercie i ją zakleić. Całość włożyć do większej koperty z adresem zwrotnym izby lekarskiej i również zakleić. Na odwrocie tej koperty będzie zaznaczone pole, w którym należy przystawić imienną pieczętkę lekarską i się podpisać. To bardzo ważne: zarówno pieczętka, jak i podpis lekarza na tej kopercie, to warunek niezbędny. Brak podpisu i pieczętki uniemożliwia identyfikację i jest równoznaczny z nieuczestnictwem w głosowaniu w trybie korespondencyjnym. Na koniec pozostaje jedynie wrzucić list do skrzynki pocztowej, oczywiście dotrzymując podanego przez OKW terminu. Przesyłka będzie opłacona przez izbę.

W chwili ukazania się „Gazety Lekarskiej” okręgowe rady lekarskie podjęły uchwały o parytecie wyborczym oraz podziale terenu izby na rejony wyborcze. W wielu izbach na wniosek zainteresowanych utworzono nowe rejony wyborcze. Świadczy to o zaangażowaniu i zainteresowaniu zbliżającymi się wyborami tych grup lekarzy.

Zgodnie z przyjętym kalendarzem wyborczym do 19 stycznia 2013 r. listy członków rejonów wyborczych zostaną umieszczone na stronie internetowej oraz udostępnione w siedzibie izb lekarskich. W niektórych izbach, choć nie ma takiego formalnego wymogu, lekarze zostaną powiadomieni indywidualnie o przypisaniu ich do określonego rejonu wyborczego. W ten sposób rady lekarskie chcą ułatwić przeprowadzenie kolejnych procedur związanych z wyborami.

Ważne jest, aby lekarze sprawdzili, czy ich nazwiska znajdują się na liście określonego rejonu wyborczego oraz poznali jego skład osobowy. W przypadku, gdy lekarz będzie chciał zmienić rejon na inny, musi złożyć stosowny wniosek do OKW. Wzór wniosku

będzie dostępny w OIL lub na jej stronie internetowej. Może to zrobić pocztą, faxem, pocztą elektroniczną lub osobiście. Listy rejonów wyborczych były tworzone w oparciu o dane zawarte w rejestrze izbowym oraz aktualizowane na podstawie informacji, które napłynęły od pracodawców. Nie wszyscy pracodawcy jednak nadesłali listy zatrudnionych lekarzy, zasłaniając się ustawą o ochronie danych osobowych(!). Prawdziwym kłopotem była jednak wielorakość zatrudnienia lekarzy. Tak więc przypisanie tych lekarzy do określonego rejonu w wielu sytuacjach może nie odzwierciedlać ich preferencji. Skala tych przenosin może być duża. Aby skorzystać z tej możliwości należy pamiętać o tym, aby wniosek dotarł do OKW do 18 lutego 2013 r. Lekarze mogą się przenieść jedynie do rejonów lekarskich, a lekarze dentyści do rejonów lekarzy dentystów i oczywiście zmiany te są możliwe tylko w obrębie danej izby lekarskiej.

Do 28 lutego 2013 r. okręgowe komisje wyborcze opublikują ostateczne listy członków rejonów wyborczych. Kolejny etap to zgłaszanie kandydatów na delegatów. Ale o tym w kolejnym tekście.

Los stanu lekarskiego jest w twoich rękach, masz okazję, chciej – miej wpływ na podejmowane decyzje, zasłuż na uznanie środowiska. ■



**Paweł
Susłowski**

**Przewodniczący
Krajowej Komisji
Wyborczej**

*Zgodnie
z przyjętym
kalendarzem
wyborczym
do 19 stycznia
2013 r. listy
członków
rejonów
wyborczych
zostaną
umieszczone
na stronie
internetowej
oraz
udostępnione
w siedzibie izb
lekarskich.*

Na niby – naprawdę

*życie nas mija
i patrzy ze śmiechem,
jak nad zagadką
stoimy bezradnie,
jak złotą piłką
bawimy się grzechem,
czas przeklinając
co sny nasze kradnie*

Stanisław Ignacy Witkiewicz

Tylko raz rozmawiałem z Andrzejem Dziukiem – założycielem, dyrektorem i kreatorem Teatru Witkacego w Zakopanem. Było to w Krakowie, w przerwie obrad Konwentu Prezesów. Z tym większą przyjemnością przyjąłem zaproszenie na otwarcie rewitalizowanej, zakopiańskiej sceny, po dwuletnim remoncie, sfinansowanym w dużej części ze środków UE. Teatr nie przerwał nawet na chwilę gry, ale z obawą czekaliśmy w gronie przyjaciół na prapremierę, drżąc o zachowanie jedynej w swoim rodzaju atmosfery wnętrza i szczególności formy podhalańskiej świątyni Melpomeny.

Teatr Witkacego, to Teatr intelektualny, pytający, stworzony dla ludzi idących z gór, zmęczonych szlakiem, doświadczonego przez życie. Teatr Witkacego rzadko ubiera się w garnitur i lakierki, częściej w sweter, traperskie czy narciarskie buty i jak zawsze wita drożonych wędrowców gorącą herbatą w ciepłym salonie. Jednak kwestie wypowiedziane przez artystów nie są tutaj łatwe do zaakceptowania, pozbawiają złudzeń, obdzierają z hipokryzji. Dzięki temu wystawiane dzieła mogą uzdrawiać międzyludzkie relacje, pozwalając zgodnie z maksymą zespołu godnie żyć.

Nowa Scena została bajecznie wyposażona w najnowocześniejszy sprzęt. Nie to było jednak w ten zimowy wieczór najważniejsze. Ponad doskonałymi możliwościami mobilności scen i widowni, światła, kurtyn i zapadni, przeważał dramat hiszpańskiego mistrza baroku Felixa Lope de Vegi.

„Na niby – naprawdę” należy do sztuk opartych na żywotach świętych, w tym wypadku Świętego Genezjusza, zawodowego aktora, który w czasach prześladowań chrześcijan za panowania cesarza Dioklecjana, nawrócił się podczas grania przedstawienia mającego wyszydzić wyznawców Chrystusa, za co zapłacił życiem. To sztuka o grze rozgrywanej na różnych poziomach teatru świata, gdzie miesza się role odtwarzane w życiu prywatnym, zawodowym, politycznym i społecznym. W zmieniających się scenografiach, myślą się nam teksty, nie wytrzy-

mujemy tempa codziennego spektaklu, nie potrafimy opanować emocji, ukrywamy pod uśmiechniętą maską prawdziwy dramat człowieczeństwa.

Gines – bohater utworu, w doskonałym wykonaniu Andrzeja Bieniasa, umiera na naszych oczach podłączony do śmiercionośnej kroplówki, która w powszechnym rozumieniu powinna nieść nadzieję rekonwalescencji i powrót na scenę życia. Całości towarzyszą genialne kompozycje Jerzego Chruścińskiego, niosące rytm stałej walki o prawdę, sumienie, sens każdego oddechu oraz zmienny rytm miłości i zdrady ideałów. Oto Misterium, w którym bezwiednie bierzemy udział, zakładając na przykład kostium lekarza – współczesnego szamana, aktora dyktującego, za pomocą rozważnych słów, receptę na kolejny przeciwbólowy lek.

Niby na niby, a jednak naprawdę Teatr Witkacego znów opowiedział o chorobach człowieka. ■



Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”

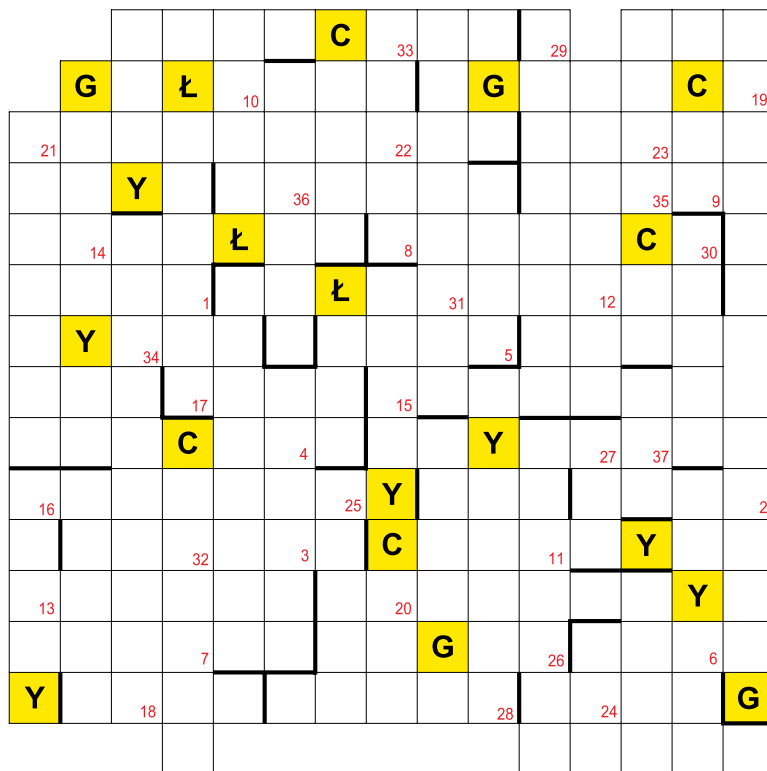


Objaśnienia 70 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery C, G, L i Y. Na ponumerowanych polach ukryto 37 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 lutego 2013 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

**Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 182 („GL” nr 11/2012)
Ziemia zabiera wszystko, co zrodziła. Lukan**

Nagrody otrzymują: Barbara Matlak (Oświęcim), Jan Romantowski (Gdańsk).

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.



* oculus * przysięgłych lub oskarżonych * Korea Pn. * pieśń w operze * rezus lub magot * święte miasto 3 religii * gody cietrzewi * nauka o dziedziczności * mały kamyk, a skarb prawdziwy * wyżyna między Missouri i Arkansas * różyczka lub bankiwa * izocyjanek * Hanna, autorka rozmów z Edelmanem * dodatkowa podziłka * człowiekowate * człowiek-nietoperz * sternik Argonauta * innowator * część aparatu gębowego stawonogów * Radwańska dla bliskich * partner Tobago * rolny zaczątek * nodus * tonacja minorowa * wytwórca mikroskopów z Jery * szkic * partner selera * Max, szachowy mistrz świata * najwyższy szczyt Pirenejów * gród z kopalnią Suszec * rzęski (łac.) * Mel w „Młodym Frankensteinie” * najlepszy wynik * krzyżacki okręg administracyjny * grzywacz, siniak i turkawka * półpustynia pd. Izraela * drapieżna żądłówka * mięsak (łac.) * ojciec Atlasa * zagrał doktora Korczaka * bujna na głowie * suszone owoce biedrzeńca * dawne Tokio * półwyrób * między strontem a cyrkonem * miasto ze Źdrojem nad Nysą Szaloną * Mazowiecka albo Ruska * rozmowa * bawół z Celebesu * wyspa Odysa * stolica Kałmucji * do kropienia galarety * kraj tulipanów * palcem w nos * z zachwami i sprząglami * kolega Bolka * sławny rotmistrz Witold * konik, pasja * etylen * imię Cembrzyńskiej * płynie w Myszyniu * drążek sterowy * pozycja * stolica Pikardii * konkurenci szytów * obozowy więzień-dozorca * przehandlował pierworództwo * uchodzi w Archangielsku * wręczany kelnerowi * drobnoustrój

BJER

**Wydawca:
Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład: 161 440 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:

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

Lucyna Krysiak
Tel. 661 092 853
l.krysiak@gazetalekarska.pl
Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Redakcja:
Urszula Bąkowska
Tel. (22) 558 80 40, Fax (22) 558 80 42
u.bakowska@gazetalekarska.pl
redakcja@gazetalekarska.pl

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)

Sławomir Badurek (Toruń)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)

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

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

Skład i łamanie: **Grzegorz Sztank**

Druk: **Drukarnia QuadWinkowski**

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

