

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



VI Światowy Dzień
Zdrowia Jamy Ustnej

Konsultant krajowy
Psychologia
kliniczna

s. 30

Praktyka lekarska
Lekarze
na misjach

s. 38

Ochrona zdrowia w UE
Szwecja – wszystkim
według potrzeb

s. 44

Spis treści



15



34



44



46

- 4** Na wstępie / **R. Golański**: UUZ + FRSUZ + 16 x NFZ
- 6** Pierwszym głosem / **M. Hamankiewicz**: Żyjemy tu i teraz
- 8** Skrining
- 10** Obserwacje / **S. Badurek**: Zaklinanie rzeczywistości
- 11** Temat miesiąca:
Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej
- 14** Nasi w Europie / **K. Radziwiłł**: Papierosy są do...
- 15** Rozmowa o zdrowiu: Trzeba być blisko ludzi
- 18** Samorząd: Trzy głowy smoka
- 21** Wybory: A teraz kolej na kandydatów
- 22** Punkt widzenia / **J. Małmyga**: Chore numerki
- 24** Stomatologia: Polaku, zadbaj o zęby!
- 28** Prawo i medycyna:
Uprawnienia kontrolne NFZ (część 1)
- 30** Konsultant krajowy: Psychologia kliniczna
- 32** Praktyka lekarska: Grypa wystawia rachunek
- 34** Praktyka lekarska: Kiedy zadzwonić na policję?
- 36** Praktyka lekarska: Gorączka wysokości
- 38** Praktyka lekarska: Lekarze na misjach
- 44** Ochrona zdrowia w UE:
Szwecja – wszystkim według potrzeb
- 46** Indeks korzyści:
Dlaczego kierowca autobusu nie kasuje biletu?
- 48** Z dwóch stron sceny / **S. Pietras**:
Nie tylko dobrze wyjść z męż!
- Recenzje**: Bez polityki
- 49** Z dwóch stron sceny / **A. Andrus**: Najczęściej w lecie
- 50** Listy do redakcji: Cennik transplantacji (w USA)
- 51** Obrazy medycyny: Zmysłowa anatomia
- 52** Błąd malarski: Grecja, Czarno-Czerwoni!!!
- 54** Kultura
- 57** Sport
- 58** Ogłoszenia
- 64** Komunikaty
- 65** Epikryza (30) / **J. Wanecki**:
Znając diagnozę, znajdziemy lekarstwo
- 66** Jolka lekarska

10 marca

Do tego dnia świadczeniodawcy powinni złożyć w NFZ szczegółowe rozliczenie świadczeń udzielonych w okresie przejściowym za styczeń 2013 r. po wprowadzeniu systemu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ).

20 marca

Światowy Dzień
Zdrowia
Jamy
Ustnej



WYBORY

WYBORY

29 marca

OKW kończy
przyjmowanie
kandydatów
w wyborach rejonowych
i przygotowuje materiały
do wyborów.

31 marca

Upływa termin składania
wniosków dotyczących praktyki
lekarskiej w postaci papierowej.
Po 31 marca składanie
wniosków o wpis do rejestru
będzie możliwe tylko w formie
elektronicznej.



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GŁ”

UUZ + FRSUZ + 16 x NFZ

Można by pomyśleć, że powyższy tytuł to jakieś zadanie matematyczne. W tym podejrzeniu jest wiele prawdy, bo Ministerstwo Zdrowia, potem zaś Parlament szykują Polakom, zwłaszcza zaś nam, lekarzom, kolejną łamigłówkę.

Dawno nie było w Polsce instytucji, która zebrałaby tyle niepochlebnych opinii, żeby nie powiedzieć, że wręcz inwektyw, co Narodowy Fundusz Zdrowia. Jedną z największych jego przywar, według krytyków, jest jego centralny, nie od zawsze, ale od wielu lat, charakter. Jeżeli ten centralizm jest istotną wadą, to prostym wyjściem z takiej sytuacji jest decentralizacja. Zamiast jednego funduszu – szesnaście samodzielnych, tożsamy z województwami. W Ministerstwie Zdrowia upadła najwyraźniej, modna do niedawna, koncepcja stworzenia sześciu-siedmiu większych, zasobniejszych oddziałów. Samodzielne byty funduszowe będą jednakowoż mogły się łączyć, jeśli tego zapragną. Na czele każdego funduszu będzie stał, a może bardziej siedział, prezes – powołany przez radę nadzorczą. Ważnym ciążem będzie dla każdego województwa rada ds. oceny potrzeb zdrowotnych, gromadząca przedstawicieli wojewódzkiej administracji państwowej i samorządowej oraz NFZ i Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. Ma powstać nowy twór: Urząd Ubezpieczeń Zdrowotnych. Przejmie on, według projektu ustawy, zadania obecnej centrali funduszu, a także Agencji Oceny Technologii Medycznych. UUZ ma także decydować o kwotach, jakie za swe usługi otrzymywać będą placówki medyczne. Do prerogatyw urzędu należyć ma prawo kontrolowania szpitali i poradni oraz wydawania certyfikatów jakości. Nową instytucją będzie Fundusz Rezerwowy Systemu Ubezpieczenia Zdrowotnego. Zmian możemy spodziewać się w połowie przyszłego roku. Wiadomo, że proponowane zmiany

nie spełnią podstawowego postulatu środowiska lekarskiego – zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną. Te same pieniądze będą nieco inaczej dzielone. Czy te, na razie nieoficjalnie znane, propozycje zostaną zamienione w tej formie na przepisy ustawy, jakie przyniosą w przyszłości skutki dla pacjentów, placówek medycznych i dla nas, nikt nie jest w stanie w tej chwili przewidzieć. Czy mamy prawo być optymistami?

Czytelnik znajdzie w tym wydaniu „Gazety Lekarskiej” wiele informacji na temat szczepień, zwłaszcza przeciwko grypie. Trudno się temu dziwić. W ostatnich tygodniach wiele instytucji, także medycznych, musiało zmniejszyć swoją aktywność, ze względu na dramatycznie zwiększoną zachorowalność. Poradnie podstawowej opieki zdrowotnej przeżyły prawdziwy „najazd” pacjentów. Znam szpitale, które z powodów epidemiologicznych nie tylko ograniczyły możliwość odwiedzin pacjentów, ale także, z powodu chorobowej absencji lekarzy i pielęgniarek, musiały ograniczyć plany operacyjne i przyjęcia. Sytuacja nie nabrała cech epidemii, ale u wielu osób spowodowała refleksję. Może udałoby się uniknąć tak znaczącej liczby nagłych zachorowań, gdyby większa liczba naszych rodaków zaszczepiła się przeciwko grypie. Pani Doktor, Panie Doktorze, może warto zaszczepić się samemu, to samo zrobić z członkami rodziny oraz zalecić pacjentom?

Wszystkim Koleżankom Lekarkom i Lekarkom Dentystkom składam najserdeczniejsze życzenia z okazji Ich Świąta. ■

Migawka

Z OKAZJI ŚWIATOWEGO DNIA CHOREGO 11 LUTEGO ODBYŁO SIĘ W WARSZAWIE FORUM LIDERÓW ORGANIZACJI PACJENTÓW.

W debacie „Na co może liczyć polski pacjent?” wzięli udział m.in. Bartosz Arłukowicz, minister zdrowia, Agnieszka Pachciarz, prezes NFZ oraz prof. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej.



FOTO: Marta Jakubiak

Kasy fiskalne

W maju 2011 r. lekarze przestali korzystać ze zwolnienia z obowiązku prowadzenia ewidencji obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących.

Mimo że co do zasady udzielanie świadczeń zdrowotnych zwolnione jest z podatku VAT, w gabinetach lekarskich zaczęły pojawiać się kasy fiskalne. Zmiany takie wprowadziło rozporządzenie Ministra Finansów z 26 lipca 2010 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących (Dz.U. Nr 138, poz. 930). Już z treści tego rozporządzenia wynikało, że będzie ono obowiązywać do 31 grudnia 2012 r. Dlatego 29 listopada 2012 r. Minister Finansów wydał rozporządzenie w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących. Zostało ono opublikowane w Dzienniku Ustaw pod pozycją 1382 i weszło w życie 1 stycznia 2013 r.

Ministerstwo Finansów wprost deklaroowało, że systematycznie i stopniowo dążyć będzie do docelowego rozwiązania, jakim jest powszechny obowiązek ewidencjonowania przy użyciu kas fiskalnych. Nowe rozporządzenie deklaracje te wprowadza w życie. Trzeba więc zapamiętać o dotychczasowych rozwiązaniach dotyczących zwolnień z obowiązku posiadania kas fiskalnych. Od 1 stycznia 2013 r. obowiązują w tym zakresie nowe limity i nowe zasady ich obliczania.

Dotąd lekarze prowadzący wcześniej działalność musieli kupić kasę fiskalną, jeśli przekroczyli w poprzednim roku podatkowym obrót ze sprzedaży lub świadczenia usług na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej w kwocie 40 000 zł lub 20 000 zł, jeśli

rozpoczynali działalność w trakcie roku podatkowego. Limit ten był niezmienny niezależnie od tego, w którym miesiącu roku podatkowego lekarz rozpoczął działalność.

Obecnie zwolnieni z posiadania kas są podatnicy, u których kwota obrotu realizowanego na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych nie przekroczyła w poprzednim roku podatkowym kwoty 20 000 zł, a w przypadku podatników rozpoczynających w poprzednim roku podatkowym dostawę towarów lub świadczenie usług na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych, jeżeli kwota obrotu z tego tytułu nie przekroczyła, w proporcji do okresu wykonywania tych czynności w poprzednim roku podatkowym, kwoty 20 000 zł. Przepis ten dotyczy lekarzy prowadzących gabinety przed 1 stycznia 2013 r. Ci, którzy rozpoczynają w roku 2013 świadczenie usług zdrowotnych na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych, nie będą musieli kupować kasy, jeżeli przewidywany obrót z tego tytułu nie przekroczy, w proporcji do okresu wykonywania tych czynności w danym roku podatkowym, kwoty 20 000 zł. Jak widać pojawia się zasada proporcjonalnego ustalania przychodu w zależności od momentu rozpoczęcia działalności, której nie było we wcześniej obowiązujących przepisach.

Od tej zasady są jednak wyjątki.

Jeżeli lekarz założył gabinet w 2012 r., przyjmując w nim osoby fizyczne nieprowadzące działalności gospodarczej (rolników ryczałtowych) lub dokonując sprzedaży na ich rzecz, kwotę uprawniającą do zwolnienia z obowiązku ewidencjonowania w 2013 r. stanowi 20 000 zł, bez względu na to, kiedy gabinet rozpoczął funkcjonowanie (nie obowiązuje ich zasada proporcjonalnego ustalania obrotu).

Jeśli lekarz według dotychczasowych zasad nie musiał zaopatrzyć się w kasę fiskalną, a według nowych zasad ma taki obowiązek, ewidencjonowanie obrotu musi rozpocząć od 1 marca 2013 r. (dotyczy to lekarzy, którzy w 2012 r. przekroczyli obrót 20 000 zł, ale był on mniejszy niż 40 000 zł). Zwolnienie od obowiązku posiadania kasy dla lekarzy, którzy dopiero otwierają gabinety, traci moc po upływie dwóch miesięcy po miesiącu, w którym przekroczyli obrót – w proporcji do okresu wykonywania tych czynności – 20 000 zł.

Ceny kas fiskalnych o parametrach wystarczających w gabinecie wynoszą od 600 do 1000 zł. Od podatku można odliczyć 90 proc. ceny kasy, maksymalnie jednak 700 zł, pod warunkiem, że kasa zostanie zgłoszona w terminie.

Zasady takie powinny obowiązywać do końca roku 2014.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

*Otwartość
wiceministra
zdrowia, Igora
Radziewicza-
Winnickiego,
rodzi nadzieję,
że chociaż
część
z naszych
założeń
systemu
wypisywania
recept zostanie
uwzględnionych
w rozporządzeniu
w sprawie
recept
lekarskich.*

Żyjemy tu i teraz

Coraz częściej widać, że hasło, jakie przyświeca politycznym organizatorom ochrony zdrowia, to „socjalizm tak – wypaczenia nie”.

Historia pokazała, że trzeba zmienić ustrój, by ludziom wiodło się lepiej – a teraz, by mieli równy dostęp zgodny z konstytucją RP do ochrony swojego życia i zdrowia. Zmarły niedawno prof. Michał Kulesza, wybitny prawnik i konstytucjonalista, doskonale wiedział, jak wiele zmian jest niezbędnych do zapewnienia prawidłowego równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Być może jego postrzeganie służby zdrowia było szczególne, bowiem przez swoją chorobę miał okazję oglądać świat z innej perspektywy. A jest inna, gdy złożeni chorobą jesteśmy w poziomie – a decyzje, które nas dotyczą, zapadają pionowo – gdzieś daleko ponad nami lekarzami i naszymi chorymi.

Profesor zostawił swojej kancelarii prawniczej bardzo swoisty testament: nie zaprzestawajcie, mimo wszelkich przeszkód, pomagać samorządowi lekarskiemu w dziele zmiany ustrojowej ochrony zdrowia. Przed śmiercią zabrał go fakt odmówienia przez Trybunał Konstytucyjny prawa samorządowi lekarskiemu – pomimo że ustawa o izbach lekarskich nadaje to nam nie jako prawo, lecz obowiązek – do stawiania w obronie chorych i zasad funkcjonowania systemu zdrowotnego oraz zdrowia publicznego. Uznał ten wyrok jako silny cios w zasady demokracji w naszym kraju. Nie tylko jego następcy z kancelarii, ale również i my, lekarze, testament profesora wypełnimy. Prace trwają. Dodam tylko jeszcze, że w drugiej naszej skardze Trybunał Konstytucyjny przyznał prawo samorządu do występowania przed jego obliczem – tym razem w skardze dotyczącej ustawy o prawach pacjenta. Widać tu pewną niekonsekwencję.

Otwartość wiceministra zdrowia, Igora Radziewicza-Winnickiego, rodzi nadzieję, że chociaż część z naszych założeń systemu wypisywania recept zostanie uwzględnionych w rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich. To najczęściej zmieniające się rozporządzenie, które dokładnie odzwierciedla, niczym w soczewce, chaos wynikły z ustawy refundacyjnej. Nie ma się co ludzić, że w najbliższych miesiącach doczekamy się zasad „jasnych, czytelnych, klarownych i przejrzystych” – jak obiecuje od zawsze minister zdrowia, Bartosz Arłukowicz. Żyjemy jednak tu i teraz, więc musimy przeżyć do czasu, gdy nasze postulaty zostaną spełnione. I tak wracam do tematu kar, który dla mnie nigdy nie przestanie być aktualny – dopóki te kary istnieją w umowach z Narodowym Funduszem Zdro-

wia. Umowy podpisywane przez lekarzy i lekarzy dentystów z NFZ-em różnią się znacząco od umów zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami. By je zmienić, muszą ulec zmianie ogólne warunki umów. Pan minister, zdaje się, tego nie dostrzegać lub – co bardziej prawdopodobne – z niejasnych przyczyn nie chce tego zmienić. Konstrukcja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyraźnie zmierza do tego, by regulacje określające ogólne warunki umów miały charakter uzgodnień pomiędzy stronami, tj. świadczeniodawcami i płatnikiem, czyli Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponieważ wymagano od samorządu w 2008 r. podpisania uzgodnień w sprawie OWU, a widać niechęć do ich zmiany – stąd decyzja Prezydium NRL o wycofaniu uzgodnienia samorządu lekarskiego. Namawiamy do tego innych sygnatariuszy tamtego pośpiesznie wówczas przygotowanego dokumentu, bowiem skutki kar nakładanych na świadczeniodawców przekładają się na pracujące u tych świadczeniodawców osoby, w tym lekarzy i pielęgniarki. Być może konstrukcja prawna tych wszystkich czynności wydaje się niezrozumiała, ale będziemy szukać wszystkich rozwiązań, by nie usłyszeć, że Naczelna Rada Lekarska na coś się godzi, w sytuacji, kiedy takiej zgody nie ma.

Od dawna bardzo mnie martwi stosunek rządzących do finansowania z budżetu państwa szczepień przeciwko grypie, ale – godząc się już z argumentacją, że „dla wszystkich pieniędzy na szczepionki nie starczy” – uważam, że w naszym kraju należałoby zaszczepić przede wszystkim dzieci uczęszczające do przedszkoli i szkół oraz młodzież ponadgimnazjalną i akademicką. Dzięki temu można osiągnąć bardzo dobre efekty prewencyjne przy zminimalizowanych nakładach finansowych. Grupa ta jest bowiem najistotniejsza z punktu widzenia epidemiologicznego. Doświadczenia Stanów Zjednoczonych wskazują, że szczepienie jedynie dzieci przez minionych 10 lat sprowadziły zachorowalność na gripę do blisko zera, a w Japonii zmniejszyły ilość zachorowań o blisko 70 proc. Nie oznacza to rezygnacji z zalecania szczepień innym osobom – wskazuje to jednak na grupę młodzieży szkolnej, która powinna być objęta działaniem zdrowia publicznego i finansowanym w tym zakresie ze środków publicznych. Napisałem do ministra kolejny list w tej sprawie, bo wskaźniki wyszczepialności w Polsce są dramatycznie niskie. ■

Rezydentury i ich finansowanie

W wiosennym rozdaniu przyznano 536 miejsc rezydenckich, czyli o 92 miejsca więcej niż w ubiegłym roku. Zwiększenie ich liczby nastąpiło przede wszystkim z zakresu pediatrii – z 16 na 32, anestezjologii i intensywnej terapii – z 16 na 31, medycyny rodzinnej – z 16 na 30, medycyny ratunkowej – z 15 na 29, patomorfologii – z 15 na 28, neonatologii – z 13 na 25. Najwięcej miejsc odebrano w zakresie chirurgii stomatologicznej – z 5 na 1, chorób zakaźnych – z 16 na 13, dermatologii i wenerologii – z 10 na 7, transfuzjologii klinicznej – z 11 na 8.

Postulat zwiększenia miejsc rezydenckich zgłaszany był przez samorząd lekarski od lat, w ubiegłym roku, kiedy przyznano tylko 444 miejsca rezydenckie – stanowisko w tej sprawie zajęli delegaci krajowego zjazdu.

Od początku tego roku minister zdrowia wprowadził zwiększył liczbę miejsc, ale zmienił sposób finansowania rezydentur i zrezygnował z pokrywania wydatków, ponoszonych przez jednostki zatrudniające rezydentów z tytułu tworzenia funduszu świadczeń socjalnych. Zdaniem samorządu lekarskiego przyjęty przez ministerstwo system jest wysoce niekorzystny dla szpitali oraz dla samych specjalizujących się lekarzy, ponieważ uzależnia wysokość finansowania rezydentury od decyzji ministerstwa będącej pochodną ilości środków budżetowych na dany rok. Jeśli uwzględnić fakt, że specjalizacja trwa kilka lat, to możliwość corocznej zmiany wysokości środków przekazywanych szpitalom powoduje rozchwianie systemu specjalizacji i nie daje gwarancji, że rezydent, który rozpoczął specjalizację w danym szpitalu, będzie miał możliwość dokończenia jej w tej placówce. Wiceminister zdrowia, Cezary Rzemek, odpisał na kolejny już list prezesa NRL w tej sprawie, utrzymując, że w chwili obecnej nie jest możliwe finansowanie rezydentur w dotychczasowym zakresie, gdyż „możliwości budżetu państwa, w tym Funduszu Pracy, nie pozwalają na pozyskanie większej kwoty środków”. Kontynuując korespondencję, prezes NRL podkreślił, że podmioty prowadzące szkolenie specjalizacyjne powinny korzystać z pomocy finansowej i różnego rodzaju zachęt ze strony władz publicznych do tego, aby kształcić lekarzy specjalistów, tymczasem przyjęty przez ministerstwo kierunek działań jest całkowicie odmienny i zmierza do dalszego zniechęcania tych podmiotów do udziału w procesie kształcenia.

Recepty bez końca

Dyskusja nad systemem wypisywania recept przez lekarzy nie milknie. Minister przygotowuje kolejną nowelizację rozporządzenia w sprawie recept, a samorząd wypracował założenia, w których znajduje się m.in. propozycja likwidacji obowiązku zawierania umów na wystawianie refundowanych recept oraz

wyrzucenie z umów o świadczenia zdrowotne zapisów dotyczących wystawiania recept. „Ustalenie prawa do refundacji – za wyjątkiem chorób przewlekłych – powinno następować na etapie realizacji recepty, a nie jej wystawiania” – czytamy w dokumencie przesłanym delegatom na krajowy zjazd. W założeniach mówi się też o uproszczonym sposobie wypisywania recept, odstąpieniu od wiązania refundacji z ChPL, powiązaniu uprawnienia lekarza do wypisywania recept z leczeniem zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Zawarty został też punkt dotyczący roszczeń: „Konsekwencją zniesienia konieczności zawierania umów upoważniających do wystawiania recept lekarskich oraz umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych w części upoważniającej do wystawiania recept lekarskich na leki refundowane powinna być zmiana trybu dochodzenia ewentualnych roszczeń publicznego płatnika związanych z refundacją leków. Roszczenia te powinny być dochodzone w drodze cywilnej, co umożliwi lekarzowi rzeczywistą obronę swoich racji, a w przypadku gdy zdaniem NFZ popełniono przestępstwo – ściganiem powinny zająć się odpowiednie organy”.

Krytyka w sprawie kas

Nie wiadomo, czy Skarb Państwa odniósł korzyści z tytułu nałożenia na lekarzy obowiązku rejestracji obrotu przy pomocy kas fiskalnych, brak jest bowiem danych przemawiających za tym, że koszty ponoszone przez Skarb Państwa na refundację kosztów zakupu kas fiskalnych przez lekarzy znalazły pokrycie w zwiększonych wpływach podatkowych od tej grupy podatników. Przepisy dotyczące obowiązku posiadania kas przez lekarzy są jednak zaostrzane. W ubiegłorocznym rozporządzeniu ministra finansów zawężono zakres zwolnienia z obowiązku posiadania kas fiskalnych. Obniżono kwotę obrotu uprawniającego do zwolnienia z kwoty 40 tys. zł do kwoty 20 tys. zł, co spotkało się ze sprzeciwem samorządu lekarskiego i jednoznacznym stwierdzeniem prezesa NRL, że obroty indywidualnych praktyk lekarskich z tytułu świadczenia usług na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności są naprawdę znikome w porównaniu do obrotów wszystkich podmiotów działających w sektorze ochrony zdrowia, szczególnie jeśli za punkt odniesienia przyjmiemy szpitale posiadające wielomilionowe kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia czy duże przychodnie.

Zdaniem prezesa NRL, za zwolnieniem lekarzy z obowiązku posiadania kas przemawia również fakt, że każdy lekarz prowadzi dokumentację medyczną swoich pacjentów. „Trudno zakładać, że lekarz, który dokumentuje na piśmie fakt udzielenia świadczenia zdrowotnego, będzie jednocześnie skłonny ukrywać fakt wykonania usługi w dokumentacji podatkowej” – napisał prezes NRL do ministra finansów, który uznał,

że dokumentacja medyczna nie spełnia wymogów ewidencji podatkowej.

W prowadzonej korespondencji różne jest spojrzenie na kwotę wydawaną na zakup kasy. W ocenie wiceministra finansów, Macieja Grabowskiego, biorąc pod uwagę ceny najtańszych kas fiskalnych na rynku, które oscylują w granicach 600-1000 zł (brutto), to obciążenie podmiotów gospodarczych z tego tytułu jest minimalne. Prezes NRL zaznacza, że konieczność poniesienia kosztów zakupu urządzenia rejestrującego to jedno, a generowanie kosztów jego utrzymania oraz zakłócenie przebiegu leczenia w sytuacji, gdy kasa rejestrująca doznaje awarii, to drugie.

Koszyk – decyzja Trybunału

Po 15 miesiącach od złożenia wniosku Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczącego równego dostępu obywateli do świadczeń zdrowotnych i niezgodności z Konstytucją RP koszyka świadczeń gwarantowanych Trybunał Konstytucyjny wydał postanowienie, w którym ostatecznie odmówił przyjęcia do rozpoznania. Trybunał uznał, że Naczelna Rada Lekarska nie jest uprawniona do wniesienia wniosku. Jego zdaniem NRL nie posiada bowiem legitymacji do występowania w ochronie interesu ogólnospołecznego (ogól-

nonarodowego), gdyż jest to zastrzeżone jedynie dla podmiotów o legitymacji generalnej wymienionych w art. 191 ust. 1 pkt 1 Konstytucji RP (tj. m.in. Prezydenta Rzeczypospolitej, Marszałków Sejmu i Senatu, Prezesa Rady Ministrów, 50 posłów, 30 senatorów, Rzecznika Praw Obywatelskich).

Pierwszą decyzję o przygotowaniu skargi do Trybunału Konstytucyjnego Naczelna Rada Lekarska podjęła na początku września 2010 r., kiedy obowiązywała ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, jeszcze przed wpłynięciem do NIL projektu ustawy o działalności leczniczej. 9 września 2011 r. podjęto decyzję o złożeniu wniosku o niezgodność z konstytucją, a w szczególności art. 68 mówiącego o równym dostępie obywateli RP do świadczeń zdrowotnych, niektórych zapisów: ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, komunikatu Narodowego Funduszu Zdrowia z 30 kwietnia 2009 r. w sprawie rozliczeń świadczeń udzielanych pacjentom włączonym do badania klinicznego, komunikatu Narodowego Funduszu Zdrowia z 11 stycznia 2010 r. w sprawie przysługującego w ramach NFZ leczenia endodontycznego.

Prezes NRL zapowiedział dalsze działania w tej sprawie. ■



**Sławomir
Badurek**

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

Zaklinanie rzeczywistości

– Dyrektorzy szpitali źle planują – mówiła w TVN24 prezes NFZ, Agnieszka Pachciarz. Było to pod koniec listopada, gdy tradycyjnie już wiele placówek ograniczało przyjęcia wskutek wyczerpania kontraktów.

Mamy za mało pieniędzy, ale musimy się w nich zmieścić – tłumaczyła szefowa funduszu. Co zdanie, to racja. Bo dyrektorzy rzeczywiście „źle planują”, przyzwyczajeni, że otwierając drzwi szerzej, niż umowa pozwala, skrócą kolejki, zyskując, jeśli nie – jak niegdyś bywało – pieniądze za nadwykonania, to przynajmniej szansę na zwiększenie kontraktu na kolejny rok. W ocenie prezes Pachciarz to błędna polityka, bo „pieniędzy jest za mało i musimy się w nich zmieścić”.

Wydawać by się mogło, że nie ma czytelniejszej rekomendacji, by w każdym miesiącu realizować jedną dwunastą kontraktu. Dyrektor RCO w Bydgoszczy wysłuchał wskazań i poinformował o ograniczeniu od stycznia przyjąć na radioterapię. I od razu zagrzmiało. Medialna burza zakończyła się spotkaniem szefa RCO z dyrektorem miejscowego oddziału NFZ. Jak czytamy w komunikacie prasowym, fundusz wyraził zgodę na „ewentualne przesunięcie środków na radioterapię”, ujął się za pacjentami, którzy „niczym nie zasłużyli sobie na dodatkowy i niepotrzebny stres, lęk, na niepewność i jednocześnie zadeklarował, że będzie z ogromną uwagą obserwował sposób, w jaki realizowany jest przez bydgoską lecznicę onkologiczną tegoroczny kontrakt”. RCO z Bydgoszczy to krajowy lider w dziedzinie jakości opieki medycznej i według wielu prestiżowych rankingów jeden z najlepszych wielospecjalistycznych szpitali w Polsce. Nie mam jednak wątpliwości, że „ogromna uwaga”, jaką NFZ zamierza Centrum obdarzyć, nie będzie związana z krzewieniem modelowych rozwiązań organizacyjnych, tylko z kontrolami i karami finansowymi, bo „pieniędzy jest za mało, ale musimy się w nich zmieścić”.

Teraz przynajmniej wiadomo, jak ten ważny i nieprzypadkowo po trzykroć przeze mnie przytaczany cytat z pani prezes Pachciarz należy interpretować. Najkrócej powiedziawszy: ze zrozumieniem i milczącą akceptacją. Co znaczy brak choćby drugiego elementu wykładni, czyli mówiąc po enefetowsku: „narażanie pacjentów na dodatkowy i niepotrzebny stres, lęk, na niepewność”, przekonał się w wersji hard doktor Andrzej Włodarczyk, tracąc stanowisko dyrektora Instytutu Reumatologii, a w wersji soft kierujący bydgoską onkologią doktor Zbigniew Pawłowicz, któremu płatnik obiecał wzmoczenie nadzór.

Oczywiście, jeśli w szklance brakuje cukru, to choćby nie wiem jak mieszać, herbata nie stanie się słodsza. Sęk w tym, że bardzo lubimy mieszać. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku zamierza od przyszłego roku akademickiego uczyć studentów medycyny empatii. Zajęcia mają być prowadzone w ramach nowego przedmiotu, będącego połączeniem etyki z bioetyką. To reakcja uniwersytetu na głośnie w Polsce nieprzyjęcie do miejscowego szpitala klinicznego 13-miesięcznego chłopca, zmarłego na białaczkę. Zakładając, że diagnoza władz białostockiej uczelni o braku empatii lekarzy jest prawidłowa, obrona metoda terapii budzi wątpliwości. Empatia bowiem to przede wszystkim zdolność. Nie tyle dziedziczona, co kształtowana przez środowisko w procesie rozpisany na lata i wielość przeróżnych wydarzeń, a nie godziny lekcyjne pod okiem nauczyciela realizującego program. Podczas zajęć można co najwyżej nauczyć się przyjmować empatyczne pozy, ale opanowane nawet na piątkę z plusem mogą nie wystarczyć w starciu z realiami ostrego dyżuru. Kto nie dyżuruje, może nie wiedzieć, o czym mówię.

Zadaniem uczelni medycznej powinno być kształtowanie i pielęgnowanie empatii nie tylko za drzwiami przytulnej sali, w której będą nauczać empatolodzy. To za mało! Bo jak napisała asia703 na konsylium24: „Z domów jesteśmy różnych, mniej lub bardziej «normalnych». W szkole wyścig szczurów, chamstwo lejące się z ekranu TV, chamstwo i wulgaryzmy w necie, na ulicy. Na studiach medycznych wyścig szczurów, chamscy asystenci, butowanie, pogarda urzędników dziekanatu, profesorzy rugający studentów, szkołka. W pracy chamstwo ordynatora, jego prywata, rzucanie historiami chorób, złośliwe komentarze przy pacjentach, deprecjonowanie, blokowanie specjalizacji, wykorzystywanie przewagi, rzucanie pracami dodatkowymi. Egzaminy bez możliwości sprawdzenia, bez prawa głosu, niejasne zasady, niejawna rekrutacja, brak możliwości odwołania się. Normalna. W pracy pacjenci – wiadomo [...]”.

W mojej ocenie to nie tyle wierny obraz rzeczywistości, co zarysowany grubą kreską, dobry szkic źródeł wpływu antyempatycznych toksyn. By się o tym przekonać, czasem wystarczy wstać z biurka... ■

Empatia to przede wszystkim zdolność. Nie tyle dziedziczona, co kształtowana przez środowisko w procesie rozpisany na lata i wielość przeróżnych wydarzeń, a nie godziny lekcyjne pod okiem nauczyciela realizującego program.



**Anna
Lella**

**Sekretarz generalny
Europejskiej
Regionalnej
Organizacji
Światowej Federacji
Dentystycznej
(ERO-FDI)**

Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej

Od 2013 r. Światowym Dniem Zdrowia Jamy Ustnej będzie 20 marca. FDI chciałby, by stowarzyszenia stomatologiczne traktowały ten dzień jako dający możliwość „rozwoju działań i inicjatyw mających na celu zwiększenie świadomości na temat zdrowia jamy ustnej, jak również wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia oraz samopoczucie i gospodarkę”.

Przyjęta pierwotnie przez FDI w 2007 r. data 12 września nawiązywała do urodzin założyciela FDI Charlesa Godona. Jednakże od lat w tym samym czasie odbywa się Światowy Kongres Stomatologiczny FDI. Zbieg dwóch wydarzeń nie był korzystny dla organizacji obchodów Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej. W Polsce dotychczasowe pięć edycji ŚDZJU można uznać za udane i zauważalne w mediach, mimo kolizji dat musimy jednak uszanować wolę większości. Nową datą Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej został więc 20 marca.

Sprawy omawiane przy okazji tegorocznego VI Dnia Zdrowia Jamy Ustnej są ważniejsze niż kiedykolwiek wcześniej. Deklaracja ONZ na temat chorób niezakaźnych stwierdza, że choroby jamy ustnej mają taki sam czynnik ryzyka, jak inne główne choroby niezakaźne, takie jak otyłość, choroby serca, udar mózgu, nowotwory, cukrzyca, czyli nieprawidłową dietę, palenie tytoniu, alkohol. Pomimo że można im w dużej mierze zapobiec, stanowią znaczny problem społeczny XXI w.

Wiele problemów zdrowotnych jest ściśle powiązanych z chorobami jamy ustnej, powszechnie znane są korelacje chorób przyzębia z cukrzycą, zapaleniem stawów, mogą one mieć też wpływ na przebieg ciąży i chorobę niedokrwinną serca. Najpoważniejszymi z chorób jamy ustnej w sensie ekonomicznym okazały się choroba próchnicowa, choroby przyzębia i rak jamy ustnej. Choroby te nie tylko wpływają na ludzi poprzez ból i dyskomfort, ale mają szersze oddziaływanie – na ogólny stan zdrowia i jakość życia.

Pomimo spadku występowania próchnicy, jest ona nadal wielkim problemem. Ponad 50 proc. spo-

łeczeństwa w Europie może cierpieć na paradontozę. Rak jamy ustnej jest na 8. miejscu najczęściej występujących na świecie. W UE rak wargi i jamy ustnej jest na 12. miejscu najczęstszych nowotworów wśród mężczyzn. W 2008 r. stwierdzono ok. 132 000 przypadków raka głowy i szyi w Europie, co było przyczyną 62 800 zgonów.

W większości krajów europejskich nie docenia się znaczenia profilaktyki w chorobach jamy ustnej i jej skutków ekonomiczno-społecznych. Jest to spowodowane niedostatkiem porównywalnych epidemiologicznych i ekonomicznych zestawień. Niezbędne są rzetelne dane, aby dobrze zaplanować politykę zdrowotną. Wyzwaniem jest alokacja zasobów tam, gdzie są one najbardziej potrzebne.

Światowy Dzień Zdrowia stanowi okazję do podjęcia działań w kierunku redukcji zaniedbań. Jak zauważył Orlando Monteiro da Silva, prezydent FDI: – Choroby jamy ustnej są jednymi z najczęściej występujących wśród chorób przewlekłych. Na świecie 90 proc. populacji jest w grupie ryzyka niektórych dolegliwości ze strony jamy ustnej, próchnicy, zapaleń przyzębia [tzw. paradontozy], schorzeń onkologicznych jamy ustnej. My, jako lekarzy dentyści, jesteśmy w stanie oferować dobrej jakości leczenie, możemy zwiększyć liczbę osób noszących aparat ortodontyczny, implanty zębów oraz wnieść wkład w stomatologię estetyczną, jak również dłuższe życie dla zdrowszych ludzi. Jednakże, pomimo osiągniętego postępu, ciężar chorób jamy ustnej i jego koszt dla poszczególnych jednostek i całego społeczeństwa nadal jest niezauważany w wielu krajach.



W tle rozważań o zdrowiu człowieka, komforcie życia i roli, jaką odgrywa w tych dziedzinach zdrowie jamy ustnej, pojawia się stale pytanie, do jakiego stopnia koszty leczenia stomatologicznego powinny być pokrywane przez ubezpieczenie zdrowotne.

Trudne pytania

W tle rozważań o zdrowiu człowieka, komforcie życia i roli, jaką odgrywa w tych dziedzinach zdrowie jamy ustnej, pojawia się stale pytanie, do jakiego stopnia koszty leczenia stomatologicznego powinny być pokrywane przez ubezpieczenie zdrowotne. Problem ten był głównym tematem międzynarodowej debaty podczas Prague Dental Days 2012.

Zakres finansów przeznaczonych na leczenie stomatologiczne bywa powodem napięć między potrzebami społecznymi a decyzjami politycznymi. Dobrze to widać na przykładzie Niemiec. Założenia systemu ubezpieczeniowego wprowadzonego w 1870 r. przez Otto von Bismarcka dla niewielkiej części populacji nie mają zastosowania w nowoczesnym społeczeństwie. 90 proc. obywateli Niemiec jest objętych ustawowym obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, a 10 proc. korzysta z ubezpieczeń prywatnych. Lawina kosztów spowodowała tam w ciągu kilku lat redukcję wydatków na stomatologię z 12 do 6,9 proc. Niemieccy koledzy twierdzą, że zawód lekarza dentystry z całkowicie wolnego stał się zależny od systemu, a relacja pacjent – lekarz jest kształtowana w dużej mierze przez czynniki ekonomiczne. Pacjent zmienia się w odbiorcę usług zdrowotnych, a jego nastawienie konsumenckie wyraźnie rośnie.

Międzynarodowe badania

Ponad 140 delegatów zgromadzonych w Parlamencie Europejskim 5 września 2012 r. na pierwszym Europejskim Szczycie Zdrowia Jamy Ustnej skupiło się na strategii i polityce ochrony zdrowia do 2020 r.

Opublikowany przed paneuropejskim szczytem raport analizuje kluczowe stomatologiczne problemy zdrowotne oraz określa najlepsze inicjatywy w zakresie promocji zdrowia jamy ustnej; zawiera zestaw podstawowych zaleceń dla decydentów w celu poprawy obecnego stanu.

W raporcie na podkreślenie zasługują następujące zagadnienia:

- rosnące wydatki: 27 państw członkowskich UE wydaje na wszystkie aspekty związane z leczeniem stomatologicznym blisko 79 mld euro. Już wcześniejsze dane z roku 2007 z raportu sekretariatu WHO podkreślały aspekt ekonomiczny schorzeń jamy ustnej. Przy utrzymaniu takiej tendencji, liczba ta może wzrosnąć do 93 mld euro w 2020r.;
- sytuacja demograficzna spowoduje wzrost zapotrzebowania na leczenie stomatologiczne w najbliższych latach;
- nierówności w dostępie do opieki stomatologicznej w państwach UE.

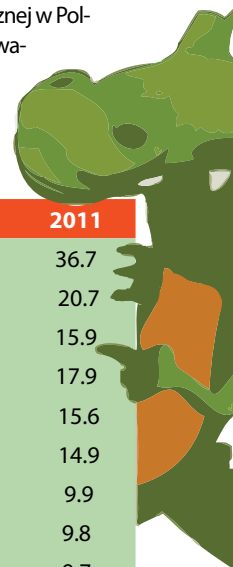
Jednocześnie raport przedstawia szereg inicjatyw, które mogą przyczynić się do zmniejszenia problemu chorób jamy ustnej – zarówno indywidualnego, jak i społecznego.

Moderatorem zebrania (paneuropejskiego szczytu zdrowia jamy ustnej) był prof. Kenneth Eaton, przewodniczący Platformy dla Lepszego Zdrowia Jamy Ustnej w Europie, który powiedział: – Jest to zarazem zaskakujące, jak i smutne, że przez lata na szczęblu UE nie było wspólnych wysiłków, by doprowadzić sprawy odnośnie zdrowia jamy ustnej do instytucji europejskich, a także by dać decydentom możliwość głębszego zrozumienia tego, co można i co należy zrobić, by poprawić stan zdrowia jamy ustnej w Europie, a zwłaszcza podkreślić jego integralną rolę w ogólnym stanie zdrowia i dobrego samopoczucia. Stawka jest wysoka i najwyższy czas na zmiany.

Warto wspomnieć, że prof. Kenneth Eaton był gościem konferencji zorganizowanej przez Komisję Stomatologiczną NRL w siedzibie NIL. Podczas debaty KS NRL zatytułowanej „Kierunki usprawnienia opieki stomatologicznej w Polsce” profesor jako ekspert Europejskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego Jamy Ustnej (CECDO) referował „Metody finansowania i planowania opieki stomatologicznej”.

Państwo	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Łotwa	—	35.5	30.7	29.2	25.2	24.2	32.9	36.7
Bułgaria	—	—	38.5	41.7	30.3	24.8	21.9	20.7
Islandia		10.3	10.4	9.7	10.3	9.7	12.6	15.9
Rumunia	—	—	—	20.2	16.2	17.7	15.9	17.9
Portugalia	13.7	15.9	15.7	6.6	12.5	20.2	19.8	15.6
Estonia	19.9	22.7	22.5	22.9	16.8	9.2	12.1	14.9
Norwegia	10.4	11.2	11.7	9.6	10.1	11.9	10.2	9.9
Francja	7.2	6.7	6.2	7.1	8.3	8.9	10.2	9.8
Węgry	—	11.8	7.4	7.5	6.6	6.4	7.0	9.7
Grecja	6.9	9.5	8.2	10.0	10.0	11.2	10.6	9.6
Szwecja	9.9	12.0	14.9	9.4	11.8	10.7	9.4	9.6
Belgia	5.6	5.0	3.6	4.2	5.1	3.9	4.1	7.7
Hiszpania	10.9	7.1	5.5	4.7	6.0	6.5	7.8	7.2
Polska	—	15.6	12.8	10.8	6.4	6.4	7.6	7.0

Tabela 1. Odsetek osób, które twierdzą, że nie stać ich na wizyty u stomatologa.



Uczestnicy szczytu – członkowie Parlamentu Europejskiego, przedstawiciele Komisji Europejskiej i prezydencji Cypru w UE, eksperci – zgodzili się co do pięciu głównych priorytetów w działaniach.

1. Opracowanie spójnej europejskiej strategii w celu poprawy stanu zdrowia jamy ustnej z zobowiązaniami do osiągnięcia wymiernych celów do 2020 r.
2. Poprawa gromadzenia danych poprzez rozwój wspólnych metodologii i zapełnienie luki badawczej w promocii zdrowia jamy ustnej.
3. Wspieranie rozwoju międzysektorowych metod ochrony zdrowia.
4. Określenie przyczyn zwiększających się dysproporcji w stanie zdrowia jamy ustnej oraz wiedzy o dostępności publicznej do wysokiej jakości opieki medycznej.
5. Rozpowszechnianie najlepszych praktyk w poszczególnych krajach.

Finansowanie

OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju) podaje, że jedynie 36,1 proc. kosztów leczenia stomatologicznego pokrywane jest z publicznych pieniędzy. Polacy pokrywają z własnej kieszeni aż 63,9 proc. wydatków u stomatologa, czyli więcej niż w innych krajach, średnia wg OECD wynosi 54,2 proc. Holendrzy dopłacają 25 proc. do leczenia stomatologicznego poza ubezpieczeniem, niewiele więcej Francuzi, Niemcy i Belgowie. Natomiast Hiszpanie z własnej kieszeni muszą pokryć aż 97,2 proc. wydatków u dentysty, Szwajcarzy 91 proc. wartości rachunku. 80,6 proc. płacą mieszkańcy Islandii, Węgry (76,6 proc.) i Norwegii (75,4 proc.). Duńczycy pokrywają 70,5 proc.

Systemy ubezpieczeń są różne w poszczególnych państwach, choć można zaryzykować stwierdzenie, że cechą wspólną jest skąpość środków na stomatologię.

Ac o u nas?

Podkreśla się, że nikogo nie stać na wszystko dla wszystkich – w tej sytuacji strumień pieniędzy zawsze idzie na onkologię, kardiologię, na leczenie szpitalne. Leczenie zębów jest bagatelizowane przez decydentów, mówi się o tym problemie jak o kosmetyce czy luksusie, a nie jak o znaczącym problemie zdrowotnym. Natomiast paradoksalnie obserwujemy wzrost świadomości zdrowotnej Polaków w tym zakresie. Stopniowo, także poprzez kampanie samych stomatologów, rośnie wiedza o znaczeniu zdrowia jamy ustnej. Na problemy opieki stomatologicznej należy patrzeć pod kątem możliwości oszczędzania na leczeniu powikłań.

Z pewnością może to być argument w rozmowach z dysponentami pieniędzy publicznych.

W jakim stopniu obywatele dbają sami o sobie o swoje zdrowie, czy myją zęby, czy odwiedzają swojego stomatologa raz na pół roku – wiemy że nie! Potwierdzają to badania. Interesującą przedstawia się analiza przyczyn niechęci do wizyt u stomatologa. Wg Eurobarometr główne powody unikania lekarza to: lekceważenie problemów jamy ustnej (33 proc.), brak uzębienia lub posiadanie sztucznych zębów (16 proc.), kosztowność leczenia (15 proc.) oraz dentofobia (10 proc.). Jak informuje

OECD, wg danych z ostatnich dwóch lat wynika, że w ciągu 12 miesięcy mieszkańcy Polski odwiedzają gabinet stomatologiczny 0,8 razy, podczas gdy średnia w państwach zrzeszonych w OECD to 1,3 razy w ciągu roku.

TNS OBOP podaje, że co drugi Polak zajmuje się zębami na własną rękę – przyjmując środki przeciwbólowe. Co czwarty mieszkaniec Polski umawia się do lekarza dentysty dopiero wtedy, gdy w zębach widać szpecącą dziurę albo też gdy nazbyt dokuczy ból. Do stomatologa nie chodzi w ogóle ok. 4 proc. kobiet i co dziesiąty mężczyzna. 20 proc. Polaków pojawia się u dentysty nie częściej niż raz na kilka lat.

O opiece stomatologicznej zawsze dyskutuje się w połączeniu z problemem finansowym. Często mówi się, że nie wszystkich stać na kosztowne leczenie stomatologiczne, a świadczenia finansowane przez NFZ są limitowane i trudno dostępne. Jednak to tylko część prawdy, a czasem zwyczajnie wymówka.

Z danych Eurostatu wynika, że odsetek osób, które twierdzą, że nie stać ich na wizyty u stomatologa, wynosi w Polsce tylko 7 proc., podczas gdy taki powód niezgłaszania się do stomatologa w innych państwach UE jest wyższy, np. w Portugalii, Norwegii, Francji, Szwecji, Belgii.

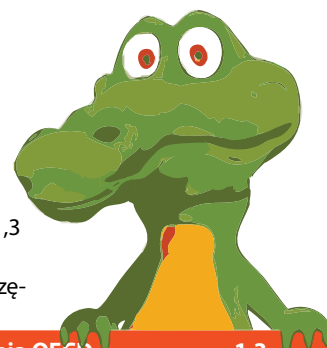
W czasie działań oszczędnościowych i rosnącej presji na budżety opieki zdrowotnej warto docenić rolę stomatologów – w szczególności w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób. Wyzwaniem jest wyrównanie utrzymujących się dysproporcji w zakresie zdrowia jamy ustnej, jeśli chodzi o status społeczno-ekonomiczny, wiek, płeć, a nawet ogólny stan zdrowia.

Jak podaje raport przygotowany na europejski szczyt zdrowia jamy ustnej, „wykazano, że zwiększenie budżetu na zapobieganie chorobom jamy ustnej skutecznie ogranicza wydatki na inne leczenie, np. w Danii, Szwecji, gdzie zainwestowano wiele w zapobieganie, odnotowano widoczną redukcję pojawiania się chorób”.

Światowy Dzień Zdrowia jest narzędziem do podjęcia działań mających zredukować ciężar skali światowej, wynikający z chorób jamy ustnej. ■

Źródła:

- Strona FDI [Światowa Federacja Dentystyczna] <http://www.fdiworldental.org/home.aspx>
- materiały z konferencji „To what extent should the dental care be covered by health insurance?” Prague Dental Days 2012
- „The State of Oral Health in Europe - Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe” - 2012
- TNS OBOP (Ośrodek Badania Opinii Publicznej Sp. z o.o.)



Średnia OECD	1,3
Meksyk	0,1
Turcja	0,3
Luksemburg	0,6
Chile	0,7
Wielka Brytania	0,7
Polska	0,8
Węgry	0,8
Niemcy	1,4
Estonia	1,4
Australia	1,4
Słowacja	1,5
Hiszpania	1,6
Korea Płd	1,6
Francja	1,7
Czechy	1,8
Holandia	2,1
Belgia	2,1
Izrael	2,3
Japonia	3,2

Tabela 2. Częstotliwość wizyt u stomatologa na 12 miesięcy.

Średnia OECD	54,2
Hiszpania	97,2
Szwajcaria	91,0
Korea	83,5
Islandia	80,6
Węgry	76,6
Norwegia	75,4
Dania	70,5
Polska	63,9
Belgia	28,1
Niemcy	25,9
Francja	25,3
Holandia	25,0
Japonia	23,6

Tabela 3. Udział procentowy prywatnych środków w finansowaniu leczenia stomatologicznego.


**Konstanty
Radziwiłł**

**Prezes Stałego
Komitetu
Lekarzy Europejskich**

Papierosy są do...

Większość z nas pamięta szokujący plakat Andrzeja Pągowskiego z 1994 r. Nigdy nie byliśmy w awangardzie działań antytytoniowych, ale obecna sytuacja napawa prawdziwym smutkiem. I to nie tylko dlatego, że wśród Polaków nadal wielu pali (27 proc. dorosłych, 6 proc. 13-letnich chłopców i 7 proc. dziewcząt!).

Od kilku lat Komisja Europejska, opierając się na dobrze udokumentowanych opiniach licznych ekspertów oraz zachęcających dokonaniach i doświadczeniach wielu państw świata (niektóre otwarcie deklarują plan całkowitego wyeliminowania papierosów ze swoich terytoriów), próbuje doprowadzić do zaostrzenia przepisów przyjętej już ponad 10 lat temu Dyrektywy 2001/37 „Tytoniowej” (TPD). Dzięki prowadzonemu stałemu nadzorowi, widać jej liczne słabości, luki i możliwości obejścia jej przepisów. Już poprzedni (zresztą odwołany w związku z zarzutami trudnych do wytłumaczenia kontaktów z przedstawicielami przemysłu tytoniowego) unijny Komisarz ds. Zdrowia i Konsumentów wszczął proces rewizji Dyrektywy. Obecny komisarz Toni Borg podtrzymał projekt zmian. Można się spodziewać, że doprowadzą one do zmniejszenia atrakcyjności papierosów (które mają stać się „grube, brzydkie i niesmaczne”), a w konsekwencji do zmniejszenia epidemii licznych zachorowań odytoniowych i około 700 000 przedwczesnych śmierci Europejczyków z tego powodu (70 000 Polaków). Nowelizacja:

- wprowadza regulacje dotyczące nieklasycznych papierosów, które zawierają tytoń (np. E-papierosy, papierosy ziołowe),
- nakłada ograniczenia na wygląd opakowań zawierających produkty tytoniowe (obok zdjęcie przykładowej paczki papierosów po wejściu w życie proponowanych przepisów prezentowane przez unijną Dyрекcję Generalną ds. Zdrowia i Konsumentów),
- zabrania stosowania dodatków smakowych do papierosów (np. mentolu) i produkcji wąskich papierosów (tzw. slimów),
- zakazuje handlu papierosami przez Internet,
- nakłada ściślejsze obowiązki śledzenia dróg handlowych produktów tytoniowych.

Niestety, mimo ewidentnych korzyści, które z tych regulacji mogłyby odnieść także Polska – spadek liczby młodzieży rozpoczynającej palenie (zwłaszcza dziewczynek, które sięgają przede wszystkim po „eleganckie” mentolowe slimy), zwiększenie zainteresowania rzucaniem palenia przez palaczy, pozytywne skutki dla budżetu państwa – nasz rząd, pod widocznym wpływem przemysłu tytoniowego sięgającego po manipulacje i krętactwa, staje po stronie jego interesów. Przypomina to sytuację wspierania wojen przez producentów broni lub sprzeciwianiu się walce z narkomanią przez dostawców opium.

Stały Komitet Lekarzy Europejskich wraz z innymi europejskimi organizacjami lekarskimi, a także Naczelna Rada Lekarska w Polsce wspierają wszelkie działania na rzecz eliminowania tytoniu z Europy. Tę drogę należy po prostu kontynuować. ■



Trzeba być blisko ludzi

Z prof. Mirosławem J. Wysockim, dyrektorem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, rozmawia Lucyna Krysiak.

Panie profesorze, Polacy niechętnie szczepią się przeciw grypie, generalnie niechętnie poddają się wszelkim badaniom profilaktycznym. Z czego to wynika?

Polacy są narodem nieufnym i wystarczy jakaś informacja przedstawiająca szczepienia w negatywnym świetle czy też podważająca ich sens, aby taką nieufność obudzić. Wiele złego robi internet, gdzie pojawiają się doniesienia o skutkach ubocznych szczepień, o szkodliwych substancjach zawartych w szczepionkach, o rtęci, tiomersalu. Chociaż są one dementowane przez

największe autorytety medyczne, odium niechęci pozostaje. Niestety, choć przykro mi to mówić, w kampaniach antyszczepionkowych brali także udział niektórzy lekarze. Sam będąc lekarzem od 12 lat, szczepię się regularnie przeciwko grypie i nigdy nie miałem poważniejszych objawów ubocznych, nie chorowałem też na gripę. Na spadek liczby zaszczepionych wpłynęła również decyzja, która zapadła dwa lata temu, by nie kupować szczepionki przeciw tzw. świńskiej grypie. Wtedy była to słuszna decyzja, bo szczepionka ta nie była

do końca sprawdzona i firmy farmaceutyczne nie dawały gwarancji, że jest to produkt w pełni bezpieczny. Przy tej okazji wywołała się jednak medialna dyskusja, w której do głosu dopuszczono ludzi z ruchów antyszczepionkowych opowiadających niestworzone rzeczy. Na pocieszenie powiem, że jeśli chodzi o szczepienia dzieci do pierwszego roku życia, jesteśmy w czołówce Europy. Szczepimy rokrocznie powyżej 90 proc. niemowląt. Aż trudno uwierzyć, że w tym samym kraju przeciwko grypie szczeni się zaledwie kilka procent społeczeństwa, niewiele więcej kobiet odpowiada na zaproszenia na mammografię czy cytologię.

Czy to znaczy, że Polacy są podatni na doniesienia o charakterze teorii spiskowych?

Nie tylko Polacy, myślę, że generalnie ludzie są podatni na wszystko, co jest podane w sensacyjnym sosie, a przecież obecnie media się w tym prześcigają, bo to się dobrze sprzedaje, bo to gwarantuje wysoką oglądalność. Niezależnie od tego mamy obowiązek docierać z edukacją do ludzi, bo to jest jedyny sposób, aby poprawić poziom profilaktyki zdrowotnej w naszym kraju. Jednak chciałbym podkreślić, że prochu nie wymyślimy, trzeba więc wrócić do sprawdzonych metod działania i bardziej je zintensyfikować, szczególnie jeśli chodzi o szczepienia przeciw grypie. Dlatego powołaliśmy przy instytucie grupę ekspertów z panią prof. Lidią Brydak, która ma za zadanie wypracować nową strategię w tym zakresie. Jesteśmy w fazie jej opracowywania. Niezależnie od tego uważam, że należy większy nacisk położyć na rolę lekarza pierwszego kontaktu, ponieważ prędzej czy później każdy z nas znajdzie się w jego gabinecie. Rodzice chodzą z dziećmi do pediatrów, dorośli do lekarzy rodzinnych. Wciąż za mało lekarzy POZ prowadzi kampanię na rzecz szczepień przeciw grypie. Zrodził się też problem natury prawnej z możliwością udostępnienia pacjentom szczepionki przez przychodnie. Dawniej szczepionką mógł dysponować lekarz. Teraz pacjent musi biec z receptą do apteki, a później wracać do poradni, by się zaszczepić.

Ostatnie lata dowodzą jednak, że po wyprowadzaniu ze szkół pielęgniarek, higienistek, stomatologów, lekarzy, opieka podstawowa nie jest w stanie przejąć wszystkich zadań związanych z profilaktyką...

O tym, że trzeba się szczepić, że trzeba się badać, należy dzieciom uświadamiać już od najmłodszych lat i oczywiście jest, że bez udziału szkół tego rodzaju działania edukacyjne nie mogą przynieść oczekiwanych rezultatów. Likwidacja opieki medycznej w szkołach była błędem, ale to się już stało. Jako instytut staraliśmy się oddziaływać na Ministerstwo Edukacji, aby w programach nauczania znalazło się więcej godzin związanych ze zdrowiem i profilaktyką. Ale tam układy curriculum są bardzo ciasne i tego rodzaju rozmowy nie należą do łatwych. Uważam, że zapobieganie chorobom to jeden z podstawowych działań wychowawczych, jakie w szkołach nauczyciele powinni podejmować zarówno wśród uczniów, jak i ich rodziców. Zresztą jestem tego przykładem. W szkole podstawowej przy ul. Raszyńskiej, a później w liceum im. Staszica

w Warszawie uczono nas, jak unikać chorób zakaźnych, czemu służą szczepienia, jak zachowywać się, aby żyć zgodnie z zasadami higieny. Niczego nowego więc nie wymyślamy, chodzi tylko o to, aby te znane i sprawdzone metody wdrażać i realizować w szerszym zakresie. Nie trzeba też nikogo przekonywać, że nasze nawyki – czy to higieniczne, czy żywieniowe – a także przekonania dotyczące zachowań prozdrowotnych kształtują się we wczesnym dzieciństwie. Szkoła i dom mają na to największy wpływ. Lekarz POZ jest jednym z ogniw tego systemu, ale bardziej w roli wykonawcy.

Instytut, którym pan kieruje, to placówka z blisko stuletnią tradycją, ale cel jest niezmienny – czuwanie nad zdrowiem publicznym. Jak to się przekłada na lekarzy i zwykłego Kowalskiego?

W instytucie funkcjonuje ponad dwadzieścia zakładów pogrupowanych w cztery tematyczne piony, ale najbliższej przychodni, szpitali oraz pacjenta jest pion epidemiologii i mikrobiologii, gdzie przede wszystkim monitoruje się na bieżąco występowanie chorób zakaźnych oraz prowadzi badania laboratoryjne. Dzięki temu możemy rozpoznać rodzaj i rozmiar zagrożenia epidemiologicznego i wspólnie z Głównym Inspektorem Sanitarnym szybko reagować. W swoich strukturach mamy także pion zdrowia publicznego skoncentrowany na promocji zdrowia, organizacji opieki zdrowotnej, ekonomice zdrowia, ale też wykonujemy wiele ekspertyz, głównie na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i GIS. Badamy na przykład, jak na przestrzeni wielu lat zmienia się struktura hospitalizacji. Mamy także pion zdrowia środowiskowego, który zbiera i analizuje dane potrzebne do oceny zagrożeń środowiskowych. Co cztery lata opracowujemy i wydajemy raport o sytuacji zdrowotnej ludności Polski i jej uwarunkowaniach. Ostatni jest jeszcze ciepły, ukazał się w styczniu 2013 r. Dla lekarzy i menedżerów zdrowia jest to cenne kompendium wiedzy w pigułce, z którego mogą korzystać w codziennej pracy. Wydajemy też kilka fachowych pism. Jednym słowem lekarz i pacjent nie jest odcięty od działań instytutu. Współpracujemy z Narodowym Funduszem Zdrowia, który udostępnia nam wybrane informacje dodatkowo potrzebne do analiz chorobowości szpitalnej. Współpraca z instytucjami zdrowia publicznego w kraju i za granicą jest niezbędna, bo w obecnych czasach bez wymiany informacji trudno byłoby sprawnie funkcjonować. Wiedza o zagrożeniach i ich rozmiarze pozwala szybko reagować.

Wszystkie te działania wynikają z funkcji, jakie pełni instytut i często kroczą utartymi ścieżkami. Czy nie wydaje się panu, że potrzebne są nowe rozwiązania?

Taką potrzebę dostrzegamy od dawna, czego przykładem jest współpraca z Ministerstwem Zdrowia nad założeniami ustawy o zdrowiu publicznym. Projekt tej ustawy zakłada współdziałanie wszystkich resortów na rzecz zapobiegania chorobom i promocji zdrowia. Inspiracją była m.in. podpisana w Rzymie w grudniu 2007 r. przez przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia unijna deklaracja zatytułowana „Zdrowie we wszystkich politykach”. Deklaracja ta zobowiązuje wszystkich ministrów do uwzględnienia w pracach legislacyjnych

*Założenia
ustawy
o zdrowiu
publicznym
zostały
przedstawione
w naszym
instytucie
przez ministra
Igora
Radziewicz-
-Winnickiego
i poparł je
jednogłośnie
Komitet
Zdrowia
Publicznego
Polskiej
Akademii Nauk.*

wplywu zapisów przygotowywanych ustaw czy rozporządzeń na zdrowie obywateli. Ustawa o zdrowiu publicznym w tej formule ma zaangażować wszystkie resorty w temat zdrowia, nawet te najbardziej odległe tematycznie. Jej kolejnym założeniem jest decentralizacja działań. Wzorując się w pewnym stopniu na takich krajach jak Norwegia, gdzie profilaktyka jest prowadzona na najwyższym, światowym poziomie i skutkuje wysokim odsetkiem wczesnego wykrywania np. nowotworów i nadciśnienia tętniczego, ale też wysoką świadomością społeczną zagrożeń zdrowia wynikających z otyłości, braku ruchu czy zaburzeń odżywiania, ustawa zaangażuje w działania na rzecz zdrowia obywateli, w szerszym niż dotychczas zakresie województwa, powiaty i gminy. Powinni też tam znaleźć zatrudnienie specjaliści w dziedzinie zdrowia publicznego. Każdego roku nasze uniwersytety medyczne „produkują” kilkuset magistrów zdrowia publicznego, którzy są doskonale wykształceni w tej dziedzinie. Nie są lekarzami, ale mają kwalifikacje, aby profesjonalnie organizować profilaktykę i docierać z nią do pacjentów. Po prostu wiedzą, jak to robić, aby osiągnąć zamierzony cel. Założenia ustawy o zdrowiu publicznym zostały przedstawione w naszym instytucie przez ministra Igora Radziwicza-Winnickiego i poparł je jednogłośnie Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk.

W Polsce mamy Narodowy Program Zdrowia. Co się z nim stanie wraz z wejściem w życie ustawy o zdrowiu publicznym?

To jest bardzo dobrze zaplanowany i zorganizowany program, nastawiony na zapobieganie chorobom i promocję zdrowia, którego celem jest redukcja nierówności w zdrowiu, natomiast jest słabo implementowany, powiedziałbym, że zaledwie w 20 proc. gmin. Ustawa o systemie zdrowia publicznego stawia na powszechność działań i w tym wszyscy pokładamy duże nadzieje. Myślę, że najlepsze doświadczenia Narodowego Programu Zdrowia będzie wykorzystane w nowej ustawie, która ma kompleksowo uregulować problematykę zdrowia publicznego, zapewniając spójność podejmowanych działań na poziomie lokalnym i krajowym, by nie były one doraźnymi akcjami. Projekt opiera się na założeniach zawartych w międzynarodowych dokumentach strategicznych, takich jak „Health 2020” WHO/EURO, ale także na dokonaniach Prezydencji RP w Unii Europejskiej, która była z sukcesem sprawowana przez nasz kraj w drugiej połowie 2011 r. Można powiedzieć, że celem tej ustawy jest dostosowanie się w dziedzinie zdrowia publicznego do wymogów Unii Europejskiej. Tutaj chodzi o dążenie do najwyższych standardów. Projekt zyskał szerokie poparcie środowisk zajmujących się zdrowiem publicznym, medycznych instytucji naukowo badawczych oraz Polskiej Akademii Nauk. Jednak największą jego siłą jest to, że stwarza mechanizmy pozwalające wyjść z profilaktyką na ulice, dotrzeć do każdego obywatela. ■

*Szczepimy
rocznie
powyżej
90 proc.
niemowląt.
Aż trudno
uwierzyć, że
w tym samym
kraju przeciwko
grypie szczepi
się zaledwie
kilka procent
społeczeństwa.*

Trzy głowy smoka

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

**Lucyna
Krysiak**

Tradycja samorządu lekarskiego na terenie działania obecnej OIL w Krakowie liczy 120 lat. Krakusi uważają więc, że tutaj narodził się polski samorząd lekarski.

Ustawą Parlamentu Austriackiego z 1891 r. w Monarchii Austriacko-Węgierskiej powołano 17 izb lekarskich, wśród nich Zachodnio-Galicyską ze stolicą w Krakowie i Wschodnio-Galicyską ze stolicą we Lwowie. Wcześniej izby powołano w zaborze pruskim, ale polscy lekarze bojkutowali je ze względów patriotycznych. Krakowska Izba Lekarska po reaktywacji w 1989 r. powstała w warunkach terytorialnie skomplikowanych.

Krakowiaczek jeden...

Wpływy starego podziału administracyjnego na 49 województw wprowadzonego za Gierka w 1975 r., okazały się silne i zadecydowały o jej obecnym kształcie. Niektóre dawne województwa były tak przywiązane do samostanowienia o sobie (woj. bielsko-bialskie i woj. tarnowskie), że nie chciały przynależeć do żadnej izby, więc założyły własne. To dlatego aktualna, zachodnia granica województwa małopolskiego nie pokrywa się z podziałem administracyjnym kraju. Inne dawne województwa, np. krośnieńskie czy przemyskie, mimo że po zmianach ustawowo i geograficznie były bliżej woj. podkarpackiego, czyli Rzeszowa, kulturowo i mentalnie czuły się bardziej związane z Krakowem. I funkcjonują dziś w krakowskiej OIL jako delegatury. Delegatury te to jak trzy głowy smoka wawelskiego, tyle że na różnej długości szyj. Bo oto lekarze z oddalonej od Krakowa zaledwie o 30 km Bochni przynależą do Tarnowa, a medycy z Ustrzyk Dolnych położonych przeszło 300 km od stolicy Małopolski są częścią krakowskiego samorządu. O tym, jak niecodzienna jest ta sytuacja, świadczy fakt, że aby dojechać do Krakowa z Ustrzyk Dolnych należących do delegatury w Przemyśle, trzeba przejechać przez teren dwóch izb: tarnowskiej i rzeszowskiej. – Ten rozrzut terytorialny, bo przecież sięgamy wschodniej granicy Polski, sprawia, że nasze środowisko jest bardzo zróżnicowane zarówno pod względem problemów, z jakimi musimy się mierzyć na co dzień, jak i poglądów na temat ich rozwiązywania. Lekarze znad wschodniej granicy pracują w małych miejscowościach, skąd daleko do dużych aglomeracji. Ich praca to często misja, do której lepiej są przygotowani niż ich koledzy z miast – tłumaczy Andrzej Matyja, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Jego zdaniem ta różnorodność ma jednak pewne walory, pozwala widzieć sprawy z rozmaitych punktów widzenia, w różnym świetle, pozwala zejść na ziemię i być bliżej codzienności. Zresztą krakusi czują silną więź z lekarzami z tych terenów, liczą się z ich opiniami i zawsze służą im pomocą. I na odwrót – lekarzy z odległych powiatów przyciąga magia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, obecność wybitnych profesorów i dostęp do najnowszej wiedzy. – Uczymy się od siebie nawzajem i jest to inspirujące, integruje środowisko – mówi A. Matyja. – Wiemy na przykład, jakie są potrzeby kolegów lekarzy w dziedzinie ustawicznego kształcenia i jakie są potrzeby ich pacjentów – dodaje.

Więcej praktyki

Jerzy Friediger jest w samorządzie lekarskim od lat 90. W IV i V kadencji był prezesem OIL w Krakowie. Jego zdaniem reaktywowanie korporacji zawodowej dało lekarzom szansę decydowania o sobie. Nic jednak nie przyszło samo i bez trudu. Każda kadencja miała inne wyzwania, inne problemy. Pierwsza skupiała się na organizowaniu izby, wszystkie wysiłki były skierowane na to, by uzyskać wewnętrzną spójność organizacyjną, uruchomić rejestry lekarzy, praktyk indywidualnych, system sądownictwa, uchwalić kodeks deontologiczny, utworzyć delegatury, określić zasady działania. – Moja kadencja rozpoczęła się w chwili, kiedy wybuchła w Łodzi tzw. afera „łowców skór” i nasiliły się ataki medialne na lekarzy, które boleśnie odczuliśmy wszyscy – wspomina Jerzy Friediger. Dodaje, że drugi szokujący moment to była afera związana z aresztowaniem doktora G. Sprawy te zachwiały wizerunek samorządu lekarskiego, co zostało bezwzględnie wykorzystane. Trzeba więc było włożyć sporo wysiłku, aby go poprawić. To był także okres protestów środowiska medycznego w walce o wyższe płace. Samorząd krakowski działał tutaj ręką w rękę ze związkami zawodowymi. W działaniach tych pierwszych kadencji było sporo ideologii. Jerzy Friediger zaznacza, że od tego czasu wiele się zmieniło, samorząd staje się coraz bliższy problemom codzienności, zmierza w kierunku umacniania swojej pozycji, nie tylko w środowisku lekarskim, ale też na zewnątrz. Uważa, że aby coś osiągnąć, przeforsować (chodzi głównie o zapisy w aktach prawnych, wpływaniu na ich treść), trzeba odejść od roli recenzenta i tworzyć własne, silne lobby. A do tego – jak twierdzi – potrzebne są nie tylko wyspecjalizowane służby prawnicze, ale też bezpośrednie kontakty z politykami. – Jesteśmy na tej drodze – mówi J. Friediger.

Na Krupniczej...

OIL w Krakowie jest jedną z największych izb w kraju. Skupia blisko 16 tys. lekarzy, realizuje rozległy program szkoleniowy, utrzymuje wielokondygnacyjną, liczącą 2,5 tys. m² siedzibę i od niedawna ma wreszcie własną, przestronną salę konferencyjną. Prezes OIL w Krakowie, prof. Andrzej

Matyja, mówi, że kierowanie tak dużą izbą to spore, logistyczne przedsięwzięcie, wielkie obowiązki biurowe, ale też niemałe wyzwanie. Jego marzeniem jest integracja środowiska, ale taka prawdziwa. Uważa, że dzięki odzyskaniu własnej siedziby zakupionej przed II wojną światową przez lekarzy, jest to realne. Siedziba usytuowana jest w centrum Krakowa przy ul. Krupniczej 11A. Ulica ma bogatą historię, mieszkało tu wielu wybitnych krakowian, o czym przypominają tablice wmurowane w fasady kamienic. Stwarza klimat, który udziela się przyjeżdżającym do siedziby OIL lekarzom. Na Krupniczej mieszkał Jacek Malczewski, Jan Matejko, Leon Wyczółkowski, tu urodził się Stanisław Wyspiański, a po wojnie Konstanty Ildefons Gałczyński, Czesław Miłosz i Wisława Szymborska. Tu mieszkali znakomici chirurdzy: prof. Aleksander Oszański i jego syn Jan, prof. i rektor UJ. Tu przechadzał się Karol Wojtyła, który przed wojną grał w usytuowanym tutaj Teatrze Rapsodycznym. Budynek pod numerem 11A jest częścią kompleksu zbudowanego w 1856 r. w stylu renesansu włoskiego przez hrabiego Stanisława Mieroszewskiego, posła do Rady Państwa w Wiedniu. Swego czasu uchodził za najpiękniejszy w Krakowie. Po I wojnie światowej miał różnych właścicieli. W 1933 r., za prezesury prof. Jana Olbrychta, Krakowska Izba Lekarska zakupiła ten budynek od rodziny Bochenków i zarządzała nim do 1939 r. W 1990 r. po reaktywacji samorządu lekarskiego w wyniku starań Jana Ciećkiewicza, prezesa OIL w Krakowie I kadencji, i Zbigniewa Żaka, jej sekretarza, udało się powrócić tutaj z biurem izby, ale na zasadzie kwaterunkowej. Odzyskanie „na własność” nastąpiło dopiero w grudniu 2009 r., staraniem m.in. A. Matyi i J. Friedigera. – Moim marzeniem jest, aby znajdowała się tu nie tylko nasza siedziba, ale hotel, w którym lekarze z całego kraju mogliby zatrzymać się jak u siebie, aby mogli się w nim czuć swobodnie jak w domu – deklaruje prezes Matyja. To jednak przyszłość, bo kamienicę izba przejęła z lokatorami. Do zagospodarowania są także piękne piwnice, w których kiedyś być może powstanie Klub Lekarza.

Moc tradycji

Kraków to historia i tradycja, która na każdym kroku przenika się ze współczesnością. Chodząc po ulicach

Kraków ma to do siebie, że tutaj wszyscy się znają. Prezes OIL bardzo sobie to ceni, z drugiej strony jednak uważa, że niełatwo w takiej społeczności rozstrzygać sprawy trudne, a takie też się często zdarzają.

Warto wiedzieć

Metryczka Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie

Terytorium: dawne woj. krakowskie, nowosądeckie, krośnieńskie i przemyskie

Adres siedziby: ul. Krupnicza 11A, 31-123 Kraków

Kontakt: tel.: 126191700, 126191720, faks: 126191730, 124225755

e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

Strona internetowa: www.oilkrakow.org.pl; www.oilkrakow.pl; www.facebook.com/oilkrakow

Liczba członków: 15 473, w tym 12 050 lekarzy i 3 389 lekarzy dentyistów

Liczba delegatów na zjazd: 335

Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 35

Prezes: Andrzej Matyja

Wiceprezesi: Jerzy Friediger, Janusz Legutko, Robert Stępień, Marek Zasady

Delegatury: Nowy Sącz – Irena Gawrońska, Krosno – Antoni Jakubowicz, Przemyśl – Marek Zasady

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Ewa Mikosza-Januszewicz

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: Piotr Kowalski

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej: Jerzy Pasadyn

Liczba pracowników etatowych: 34

Liczba samorządowców pobierających wynagrodzenia: 3



tego miasta, ucząc się tu, pracując, jednym słowem żyjąc, nie sposób oddzielić tych spraw. Z chwilą utworzenia Akademii Krakowskiej w 1364 r., Wydział Lekarski był jednym z 5 pierwszych, jakie tu powołano i zawsze był częścią Uniwersytetu Jagiellońskiego. Stąd wywodzą się wielcy polscy lekarze, których dokonania przeszły do historii, m.in.: J. Dietl, H. Jordan, L. Rydygier, T. Boy-Żeleński, N. Cybulski, K. Kostanecki (zamordowany w Sachsenhausen), W. Łepkowski, J. Nowak (premier RP), W. Stryeński, R. Weigl i wielu, wielu innych. Pierwszym prezesem Zachodnio-Galicyjskiej Izby Lekarskiej był Maciej Leon Jakubowski (pediatra, twórca Szpitala przy ul. Strzeleckiej, prezes PAU, rektor UJ). Dzisiaj, rektorem UJ jest po przeszło pół wieku, znów chirurg, prof. Wojciech Nowak. Wielu współczesnych lekarzy krakusów stara się dorównać swoim wielkim poprzednikom. Ich piękne życiorysy stają się siłą napędową do działania i rozwijania się. Ciekawostką jest, że od początku reak-

tywowania samorządu lekarskiego w krakowskiej OIL prezesami byli chirurdzy. Obecny dodatkowo jest profesorem w I Katedrze Chirurgii Ogólnej. Mówi, że to bardzo pomaga w zacieśnianiu więzi pomiędzy środowiskiem akademickim a samorządem. W okresie międzywojennym izba nosiła nazwę Krakowskiej, do której to nazwy – jak ufa prezes Matyja – kiedyś powróci.

Chcą mieć wpływ

Na pytanie o plany na przyszłość prezes ORL w Krakowie odpowiedział, że dotyczy ona dwóch fundamentalnych kwestii: całkowitego przejścia przez samorząd kształcenia podyplomowego oraz współdecydowania o wysokości kontraktów dla całych grup lekarzy, a więc reprezentowania ich podczas negocjacji z towarzystwami ubezpieczeniowymi, co w Polsce jest całkowicie zaniedbane. W sąsiedniej Słowacji istnieje na rynku pięć towarzystw ubezpieczeniowych i z każdym z nich w imieniu lekarzy izba proceduje umowę punkt po punkcie, pozycja za pozycją. Podobnie jest w wielu innych krajach. Izba będzie także dążyć, by lekarz mógł leczyć zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, a nie z wytycznymi NFZ. Powinna więc mieć wpływ na program kształcenia specjalistycznego i ustawicznego. – U nas decydują o tym urzędnicy, a to nonsens. Lekarz mając często olbrzymie możliwości intelektualne, sprzęt, kwalifikacje, by leczyć na najwyższym, światowym poziomie, staje się podwładnym urzędnika liczącego pieniądze, wypełniającym góry papierów – mówi prezes Matyja. – Niepotrzebnie traci czas, który powinien być przeznaczony dla pacjenta – dodaje. Uważa, że to doprowadziło do odhumanizowania medycyny, że lekarz wbrew etyce zajmuje się obecnie leczeniem choroby, a nie chorego człowieka.

Kraków ma to do siebie, że tutaj wszyscy się znają. Prezes OIL bardzo sobie to ceni, z drugiej strony jednak, uważa że niełatwo w takiej społeczności rozstrzygać sprawy trudne, a takie też się często zdarzają. – Myślę, że wizerunek izby zmienia się na lepsze i dzieje się tak dzięki zaangażowaniu naszego biura, prawników, redakcji biuletynu – mówi Andrzej Matyja. W maju krakowską OIL czeka Kongres Polonii Medycznej, który – jak podkreśla prezes – izba organizuje własnymi siłami. Uważa, że Kraków dla lekarzy polonusów będzie atrakcją sam w sobie, że kongres stanie się nie tylko wydarzeniem naukowym, ale również towarzyskim. To przecież tutaj wciąż jest obecny duch Piotra Skrzyneckiego z Piwnicy pod Baranami, to tu krąży zaczarowana dorożka Gałczyńskiego, tu można spotkać Annę Polony, Annę Dymną, Jerzego Stuhra i Jerzego Trelę, Andrzeja Sikorowskiego i wielu, wielu innych znanych i uznanych postaci. Wystarczy przejść przez Rynek lub zajrzeć na Kazimierz. ■



**Paweł
Susłowski**

**Przewodniczący
Krajowej Komisji
Wyborczej**

A teraz kolej na kandydatów

W poprzednim tekście pisałem, jak strategicznie ważna w skutecznym przeprowadzeniu wyborów jest aktywność w marcu. Marzec jest miesiącem, w którym należy zgłosić kandydatów na delegatów. Zgłosić można jedynie członka swojego rejonu wyborczego, przy czym przypominam, że zgodnie z obecną ordynacją wyborczą można zgłosić również samego siebie. Karty zgłoszenia kandydata na delegata na okręgowy zjazd lekarzy są dostępne w siedzibach izb okręgowych, na ich stronach internetowych, a niektóre izby dostarczyły je swoim członkom na adres domowy. Niezależnie od tego, czy zgłaszamy inną osobę, czy samego siebie, należy wypełnić starannie kartę zgłoszenia kandydata, nie zapominając o podpisie i przybiciu pieczętki. Niezbędne jest również potwierdzenie podpisem przez zgłaszanego kandydata jego zgody na kandydowanie oraz oświadczenia o niekaralności (termin odnosi się zarówno do orzeczeń sądów lekarskich, jak i sądów powszechnych – w myśl przepisów zawartych w Art. 14 ust. 5 Ustawy o izbach lekarskich). Wypełniona karta zgłoszenia kandydata musi być dostarczona bezpośrednio, listownie lub faksem do OKW w terminie przez nią

określonym. Adresatem tej przesyłki będzie oczywiście OKW. Po zebraniu wszystkich dostarczonych terminowo i zgodnie z regulaminem wniosków zgłoszenia kandydatów na delegatów, OKW opublikuje do 15 kwietnia na stronie internetowej izby listy zgłoszonych kandydatów w poszczególnych rejonach.

Od tej chwili rozpoczyna się i trwa aż do głosowania przy urnie kampania wyborcza. Okres jakże barwny, w którym zainteresowani wyborami w namacalny sposób będą promowali tych, których uważają za najbardziej sprawnych i godnych reprezentowania swojego zawodowego środowiska. Zgłoszeni kandydaci mogą wówczas przekonywać do siebie kolegów, przedstawiając plany działania. Wsparciem powinna być dostępna na stronie izby lekarskiej baza obligatoryjnych i zamieszczonych dodatkowo, na życzenie kandydatów, informacji o nich. Wszystko po to, aby głosowanie (kulminacyjny punkt każdego wyborów) było działaniem świadomym, a wybrani mogli cieszyć się zaufaniem i rzeczywistym poparciem środowiska.

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

29 marca

OKW kończy przyjmowanie kandydatów w wyborach rejonowych i przygotowuje materiały do wyborów.

16 kwietnia

OKW ogłasza na stronie internetowej listy kandydatów w wyborach i formalnie rozpoczyna „kampanię wyborczą”.

Komisja przekazuje do Biuletynu listy do głosowania oraz podstawowe informacje

o kandydatach. Informacja o wyborach powinna dotrzeć do każdego członka izby na początku maja wraz z Biuletynem i „Gazetą Lekarską”.

2013





**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Chore numerki

Człowiek broni błędów, które kocha.

Seneka Młodszy

Wszyscy popełniamy błędy, ale nie wszyscy potrafią się do nich przyznawać, a już bardzo niewielu chce i potrafi je naprawić. Za to z wielkim zapałem bronimy własnych pomysłów i przekonań. Widać to bardzo wyraźnie we wszystkich działaniach dotyczących organizacji opieki medycznej w Polsce. Od lat borykają się z tym kolejne rządy i ciągle jest albo tylko bez zmian, albo jeszcze gorzej. Zawsze pojawia się wiele niby nowych pomysłów, z których nic dobrego nie wynika, poza krytyką poprzedników i wymądrzaniem się oraz przekonaniem o własnej nieomyślności. Najgorszy jednak, moim zdaniem, jest brak możliwości i chęci do realizacji tego, co się wymyśliło, gdyż bardzo szybko okazuje się, że jest pełno niedociągnięć i sprzeczności uniemożliwiających funkcjonowanie ponoć genialnego pomysłu.

Nie miałabym pretensji, gdyby dotyczyło to złego doboru kół do samochodu, chociaż to sytuacja grożąca utratą zdrowia i życia co najmniej kierowcy, ale w opiece medycznej niewłaściwe skomponowanie elementów systemu skutkuje bałaganem i utrudnia pracę białemu personelowi. Wprowadza też zamieszanie i poczucie zagubienia pacjentów. Zmieniające się przepisy utrudniają dostęp do lekarzy, leków, uzyskania specjalistycznej pomocy lekarskiej. Limitują ilość chorób i nakazują jednakowe sposoby ich leczenia, właśnie leczenia chorób, a nie leczenia z nich ludzi.

W narzucanych przepisach zginął człowiek. Liczą się punkty, limity, numerki. W kwitnącej papierowo-elektronicznej biurokracji świadczeniodawcy udzielają świadczeń medycznych obecnym w gabinetach lekarskich (ta nazwa jeszcze funkcjonuje) numerkom, ponieważ okazało się, że nazwisko i imię pacjenta, a poprawniej świadczeniobiorcy, to rzecz tajna przez poufną i nie należy jej ujawniać przed oczekującymi w poczekalni pozostałymi numerkami. Chociaż z reguły czekający na swoją kolejkę pacjenci znają się przynajmniej z widzenia, a czas oczekiwania skracają sobie opowiadania o trapiących ich dolegliwościach, a nie wzorem kontrolerów skarbowych – zapisywaniem nazwisk wchodzących i wychodzących osób z gabinetu albo – jeżeli jest to gabinet prywatny – liczeniem wydawanych paragonów z kasy fiskalnej, to muszą pozostać bezimiennymi numerkami. W końcu to przecież tajemnica lekarska.

Jak ma się poczuć i zachować pacjent od lat leczący się u swojego lekarza, dla którego już teraz jest tylko numerkiem? Może lepiej iść do szewca czy fryzjera

i tam porozmawiać, bo w sklepie to tylko w małym osiedlowym, gdyż w zdominowanych przez duże sieci handlowe supermarketach też jest się jednym z kolejek. Idąc dalej tym tropem, to dzięki przedsiębiorczości niektórych menadżerów, zaczynają pojawiać się gabinety lekarskie również w marketach, a co biznes, to biznes. Wzorując się na pomysłowości naszych polityków i organizatorów opieki zdrowotnej, też mam pomysł na ulepszenie, który podsunął mi kolega. Poinformował swoją córkę, że ma wszczepiony chip w głowie i dzięki temu on jako rodzic cały czas wie, co się z nią dzieje i gdzie przebywa. Myślę, że gdyby takie chipy wszczepiono wszystkim Polakom, to byłoby to niewątpliwym ułatwieniem. Każdy z nas bez zbędnych formalności po wysłaniu sygnału do swojego lekarza otrzymywałby diagnozę i obowiązkowy zestaw leków do odbioru w aptece, do której jednocześnie przekazana zostanie recepta z odpowiednią adnotacją dotyczącą refundacji. Więcej informacji na temat choroby każdy i tak doczyta sobie w internecie.

Troszkę więcej inwencji będzie potrzeba w przypadku zabiegu operacyjnego, ale i tu istnieją możliwości internetowych konsultacji i wskazówek specjalistów. Co prawda w takich sytuacjach będzie potrzebny pobyt w lecznicy, ale w znacznie krótszym czasie i praktycznie bezkolejkowo. Wystarczyłoby kilku specjalistów zabiegowców, którzy instruowaliby lekarzy w terenie, jak krok po kroku przeprowadzić zabieg operacyjny, przecież każdy lekarz po studiach jest w stanie go wykonać. Zniknąłby problem akredytowania placówek prowadzących szkolenie specjalizacyjne oraz kosztów ponoszonych przez chcących zdobywać wiedzę, również nie mielibyśmy problemów z niedoborami specjalistów. Wybrana grupa szczęśliwców, po opracowaniu zasad rekrutacji, otrzymałaby szansę solidnego wyszkolenia, by pełnić zaszczytną funkcję internetowego konsultanta zabiegowego. Koszty takiego szkolenia w całości pokrywałby budżet państwa. Może warto pomyśleć nad takim rozwiązaniem, szczególnie że zapowiadany koniec świata nie nadszedł, ale nadchodzi epoka dehumanizacji medycyny.

Obecnie zapominamy o człowieku jako całości, mimo że uczy się nas, aby przez ekrany komputerów widzieć człowieka i z nim rozmawiać. W leczeniu pomagają nie tylko leki, ale i rozmowa z chorym.

Może podsuniecie takich rozwiązań na funkcjonowanie opieki medycznej w przyszłości skłoni przynajmniej niektórych do zastanowienia się i zmniejszy stopień zadowolenia z własnych pomysłów. ■

*Bieda
temu, kto
zadowolony
jest z siebie:
taki człowiek
nigdy nie
nabędzie
rozumu.*

Mikołaj Gogol

Polaku, zadbaj o zęby!

**Marta
Jakubiak**

Jak pokazują wyniki monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej, Polsce potrzebna jest dalsza edukacja w tym temacie. Mamy jeszcze wiele do zrobienia, choć pewien postęp jest już widoczny.

W 1997 r. Ministerstwo Zdrowia wprowadziło bardzo ważny dla oceny istniejącej sytuacji program „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej”. Pozwoliło to na obserwowanie zmian w stanie zdrowia jamy ustnej naszego społeczeństwa na przestrzeni 15 ostatnich lat. Monitoringiem objęto tzw. indeksowe grupy wiekowe badanej populacji. Spośród dzieci badane są 6- i 12-latkowie, czasem dzieci z innych grup wiekowych, np. populacja dzieci w wieku 5 lat po raz pierwszy została objęta ogólnopolskim badaniem epidemiologicznym w 2011 r. Monitoringiem objęci są także 18-latkowie i osoby dorosłe w wieku 35-44 oraz 65-74 lata.

Mimo wysokiego poziomu świadczonych usług stomatologicznych i wciąż zwiększającej się liczby gabinetów, Polacy na tle innych krajów Europy osiągają w świetle badań epidemiologicznych dotychczas zdrowia jamy ustnej jedno z dalszych miejsc. Choć w niektórych obszarach dotyczących tego zagadnienia można zauważyć zmiany na lepsze, wciąż jest bardzo wiele do zrobienia.

Pozytywnym, zauważalnym szczególnie w ostatnim czasie zjawiskiem, jest promocja zdrowia prowadzona przez media. Dotyczy to również jamy ustnej. W mediach promowane są wzorce uśmiechniętych ludzi, a trudno ładnie się uśmiechać ze zniszczonymi zębami. W tym względzie wiodącą rolę przypisuje się telewizji z uwagi na jej powszechną oglądalność. Nie bez znaczenia są często prezentowane reklamy produktów do higieny jamy ustnej, głównie past i szczotek do zębów.

Jest jednak jeszcze bardzo wiele aspektów wymagających poprawy, szczególnie jeśli chodzi o wczesną edukację dotyczącą zarówno matek ciężarnych, jak i dbałości o uzębienie zaraz po jego pojawieniu się w jamie ustnej dziecka, co ma miejsce około 6. miesiąca

życia. Tak więc panie oczekujące narodzin swego dziecka powinny mieć świadomość, że stan zdrowia ich jamy ustnej wpłynie na zdrowie narodzonego dziecka i że szczotkowanie pierwszych zębów, jakie pojawią się w jamie ustnej odpowiednią szczotką, jest obecnie standardowym postępowaniem. – Oczywiście to szczotkowanie prowadzą rodzice, ale dzieci wkrótce przyzwyczajają się do tego zabiegu, traktując go jako dodatkową zabawę. Uważa się, że dziecko kończące pierwszy rok życia powinno odwiedzić gabinet stomatologiczny, a od drugiego roku życia można stosować do szczotkowania zębów niewielką ilość, wielkości ziarna groszku, pasty do zębów – mówi prof. Honorata Shaw, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

Zły stan zdrowia jamy ustnej Polacy zadziwiają nie tylko niewłaściwej higienie, ale także nieprawidłowemu odżywianiu, gdyż często nie potrafią odmówić sobie ani – co gorsza – swoim dzieciom pokarmów zawierających cukier. Wiąże się on również z niedostateczną opieką stomatologiczną i ograniczonym do niej dostępem.

Od najmłodszych lat

Badania prowadzone w ramach programu „Monitorowanie zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010-2012” wykazały, że w Polsce u blisko 80 proc. dzieci w wieku 5 lat występuje próchnica, w tym ponad 59 proc. badanych ma 4 i więcej zębów uszkodzonych próchnicą.

**Nie
boję się
dentysty**



Badania prowadzone w ramach programu „Monitorowanie zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010-2012” wykazały, że w Polsce u blisko 80 proc. dzieci w wieku 5 lat występuje próchnica, w tym ponad 59 proc. badanych ma 4 i więcej zębów uszkodzonych próchnicą.

– W poszczególnych regionach kraju sytuacja wygląda różnie, np. w woj. podkarpackim, zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim, lubelskim i podlaskim odsetek 5-latków bez próchnicy jest najniższy (poniżej 15 proc.), zaś w woj. kujawsko-pomorskim, śląskim i lubuskim najwyższy i przekracza 27 proc. – informuje dr hab. n. med. Izabela Strużycka, p.o. kierownik Zakładu Stomatologii Zintegrowanej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, członek zespołu realizującego program „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010-2012”. Takie wyniki dają podstawę, by wszcząć alarm i apelować do wszystkich środowisk o zainteresowanie się tym problemem. – Rodzice dzieci, które ukończyły 4. rok życia, powinni być informowani o potrzebie obserwacji momentu wyrżnięcia się pierwszego zęba trzonowego stałego u dziecka. Należy również zapoznać ich z techniką szczotkowania zębów dziecka oraz uświadomić potrzebę zgłoszenia się z dzieckiem do stomatologa, by ustalić optymalny czas ewentualnego uszczelnienia zębów – podkreśla dr hab. n. med. Izabela Strużycka.

W 2012 r. badaniem objęto dzieci w wieku 6 i 12 lat. Stwierdzono, że aż 64,4 proc. 6-latków ma 4 i więcej zębów zniszczonych przez próchnicę, a 1/3 z nich ma nieodwracalnie zniszczonych 10 zębów. Wyniki porównano z wynikami badań przeprowadzonych w latach 2008 i 2010. Stan zdrowia jamy ustnej 6-latków nie poprawił się i nadal jest na alarmująco złym poziomie. Jeśli chodzi o 12-latków, zaledwie 20 proc. dzieci nie ma próchnicy. Choć wyniki badań prowadzonych w latach 1995-2007 wskazywały na obni-

żanie się częstości oraz nasilenia próchnicy i mogły zapowiadać dalszy spadek wskaźników, dane uzyskane w 2012 r. pokazały, że pozytywna tendencja niestety uległa odwróceniu. Obniżył się też istotnie odsetek 12-latków ze zdrowym przyzębiem: z 60,7 proc. w 2010 r. do 47,3 proc. w 2012 r.

W przypadku 18-latków próchnica jest już niemal powszechna – u jedynie 3,9 proc. osób. Pozytywny jest fakt, że maleje liczba osób z usuniętymi z powodu próchnicy zębami (z 14,4 proc. w 2008 r. do 10,1 proc. w 2012 r.), co świadczy o tendencji do podejmowania w Polsce leczenia endodontycznego zębów trzonowych, obniżył się jednak odsetek osób ze zdrowym przyzębiem – 37 proc. (w 2008 r. było to 58,4 proc.).

Gabinety do szkół

O tym, że gabinety w szkołach są potrzebne, bez wątplenia świadczą przedstawione powyżej wyniki badań. Choć Ministerstwo Zdrowia nie wydało jeszcze stosownego rozporządzenia, by przywrócić je do szkół, lekarze i samorządy lokalne w różnych częściach Polski zabiegają, by zaczęły tam działać. Są już np. w woj. lubelskim, świętokrzyskim i małopolskim, głównie w większych placówkach oświatowych, a świadczenia realizują w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. – Gabinety być w szkołach powinny, bo są blisko dzieci – w takich warunkach łatwo promować postawy prozdrowotne i prowadzić działania profilaktyczne – zwraca uwagę lek. stom. Remigiusz Caban, przewodniczący Komisji Stomatologicznej ORL w Lublinie. – Hasła i cele tworzone przez Ministerstwo Zdrowia, według których najważniejsze jest zdrowie dzieci, można tak naprawdę zrealizować tylko tam – dodaje. MZ i rząd twierdzą, że brakuje środków finansowych, by w szkołach powstawały gabinety, ale jak twierdzi Remigiusz Caban, pieniądze nie są potrzebne. – Wystarczy zapis w rozporządzeniu ministra zdrowia, z którego wynikałoby, że ministerstwo takich gabinetów po prostu potrzebuje. Wystarczy, by w konkursie ofert, pojawił się tytuł „Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży wykonywane w środowisku nauczania i wychowania”. Lekarze przyjdą i sami przyniosą pieniądze – zapewnia. Wszystkie gabinety, które obecnie działają w lubelskich szkołach, są w prywatnych rękach lekarzy dentystów, którzy podpisali kontrakt z NFZ, sami wyposażyli gabinety i placą szkołom czynsz. To prywatne praktyki – niezwykle cenne i potrzebne. – Nie jest łatwo przejść przez całą procedurę i wygrać konkurs ofert, ale warto podejmować wysiłki. Wielu już zrezygnowało. Szczerze namawiam wszystkich, by spróbowali raz jeszcze, by środowisko się zjednoczyło i wnioskowało do MZ o nadanie tytułu świadczeniom pojawiającym się w konkursie NFZ lub przekazało odpowiednie kompetencje oddziałom funduszu – apeluje przewodniczący Remigiusz Caban. W świętokrzyskim oddziale

*w tym roku
Światowy
Dzień Zdrowia
Jamy Ustnej
obchodzony
będzie 20 marca
pod hasłem
„Zdrowe zęby
dla zdrowego
życia” („Healthy
teeth for
healthy life”).
W ramach
obchodów
zaplanowano
warsztaty
z młodzieżą
dotyczące
zdrowego
odżywiania,
badania
stomatolo-
giczne,
konkursy,
eventy prasowe,
radiowe
i telewizyjne.*



NFZ pod koniec ubiegłego roku przeprowadzano konkursy na świadczenia stomatologiczne na lata 2012-2014 – wygrało je 25 gabinetów, których siedziby znajdują się w szkołach. 2 lutego ogłoszono dodatkowe postępowanie na świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do lat 18 ze wskazaniem na konieczność prowadzenia świadczeń w gabinecie mieszczącym się w przedszkolu, szkole podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, a wyłonione w ramach tego konkursu gabinety zaczęły działać już od 1 marca. Jak pokazuje przykład Świętokrzyskiego – można.

Lekarze i ludzie

W tym roku Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej obchodzony będzie pod hasłem „Zdrowe zęby dla zdrowego życia” („Healthy teeth for healthy life”). W ramach obchodów zaplanowano warsztaty z młodzieżą dotyczące zdrowego odżywiania, badania stomatologiczne, konkursy, eventy prasowe, radiowe i telewizyjne. – Media są potężnym narzędziem informacyjnym, za pomocą którego można przekazać ważne informacje, dlatego w tym roku za ich pośrednictwem będziemy starali się dotrzeć do jak największej liczby Polaków, przybliżając takie zagadnienia jak np. specyfika stanu zdrowia jamy ustnej u kobiet a zmiany hormonalne – zapowiada prof. Honorata Shaw, wiceprezes PTS i współorganizator ŚDZJU. Ważnym tematem będą także choroby przyzębia i ich wpływ na stan zdrowia organizmu człowieka. Miliony chorych nie mają świadomości, że są dotknięci chorobą, która nie tylko prowadzi do utraty zębów, ale także niekorzystnie wpływa na organizm, układ sercowo-naczyniowy, cukrzycę czy reumatoidalne zapalenie stawów. – To fakt, że pacjenci wykazują większe zainteresowanie zdrowiem jamy ustnej niż w latach ubiegłych, ale i tak mamy jeszcze wiele do poprawienia. Potrzebna jest edukacja, edukacja i raz jeszcze edukacja. Bardzo istotne będzie włączenie się w nią wszystkich osób z otoczenia dzieci i młodzieży. Przecież jama ustna to obszar bardzo ważny i niepozostający bez wpływu na zdrowie całego organizmu – zmiany chorobowe w jamie ustnej wiążą się z chorobami układu krążenia, przedwczesnymi porodami i niską wagą urodzeniową dziecka. Wskazane jest, aby przed dużymi zabiegami, jak np. przeszczepianie narządów, zabiegami okulistycznymi czy kardiologicznymi, przeprowadzona została sanacja jamy ustnej, czyli usunięcie wszystkich potencjalnych ognisk zakażenia i wyleczenie zębów z próchnicą i jej powikłaniami. To niezwykle ważny czyn-

nik w prawidłowym leczeniu pacjenta i warunkujący optymalną terapię – podkreśla dr hab. n. med. Izabela Strużycka.

Organizatorzy tegorocznego ŚDZJU chcą edukować i uwrażliwiać polskie społeczeństwo na sprawy dotyczące zdrowia jamy ustnej. – Będziemy zwracać się także do lekarzy innych specjalności i personelu medycznego, aby stomatologicznie edukowali swoich pacjentów – np. by położna informowała rodziców, że powinni pamiętać o wizycie u stomatologa i właściwej higienie jamy ustnej dziecka, by ginekolodzy wymagali od kobiet ciężarnych wyleczenia zębów i przyzębia, by w szkołach rodzenia przyszłe matki były uprzedzane, że obлизując smoczek dziecka, mogą mu przekazać z własną śliną bakterie próchnicowórcze – zapowiada prof. Honorata Shaw.

W tym roku 20 marca będziemy obchodzili szósty Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej. ■

*W tym roku
20 marca
będziemy
obchodzili
VI Światowy
Dzień
Zdrowia Jamy
Ustnej.*



**Rafał
Budzisz**

Adiunkt
Katedry Prawa
Administracyjnego
i Nauki Administracji,
Wydział Prawa
i Administracji
Uniwersytetu
Łódzkiego

Uprawnienia kontrolne NFZ (część 1)

Kto, w jakich okolicznościach i w jakim trybie może zostać poddany kontroli NFZ – zagadnienia te będziemy przybliżać w cyklu artykułów publikowanych w kolejnych wydaniach „Gazety Lekarskiej”.

Przepisy ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) nakładają na organy Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązek dokonywania czynności kontrolnych wobec świadczeniodawców (podmiotów leczniczych, lekarzy i innych), realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z NFZ. Istotnym problemem jest jednak ustalenie kto, w jakich okolicznościach i w jakim trybie może zostać poddany kontroli.

Ponieważ pojęcie „kontroli” będzie kluczowe do dalszych rozważań, trzeba ustalić jego zakres pojęciowy, aby prawidłowo ocenić uprawnienia kontrolne NFZ. W związku z brakiem ustawowej definicji pojęcia „kontroli” przyjmuje się, że pojęcie to obejmuje czynności podjęte dla ustalenia, czy działania podmiotu kontrolowanego są zgodne z prawem i innymi obowiązującymi wymogami oraz sformułowanie ocen, a w miarę potrzeby wniosków w celu usunięcia stwierdzonych uchybień lub wprowadzenia usprawnień.

Podstawą prawną o charakterze generalnym realizowania uprawnień kontrolnych NFZ są: powołana wyżej ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., Nr 274, poz. 2723) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008 r., Nr 81, poz. 484). Aktem wewnętrznym obowiązującym w Narodowym Funduszu Zdrowia, w oparciu o który realizowane są kontrole świadczeniodawców, jest z kolei Zarządzenie Nr 23/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli (Dz.Ur. NFZ z 2009 r., Nr 4, poz. 23 z późn. zm.). Natomiast indywidualną podstawą dokonywania kontroli są zawierane przez NFZ umowy, które przewidują obowiązek poddania się kontroli dokonywanej przez fundusz w zakresie realizacji postanowień umowy.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, NFZ może przepro-

wadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę:

- 1) organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności,
- 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 3) zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych,
- 4) przestrzegania zasad wystawiania recept,
- 5) dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jak widać z powyższego wyliczenia, zakres kontroli realizowany przez NFZ wobec świadczeniodawców jest bardzo szeroki i obejmuje zarówno warunki i organizację udzielania świadczeń, jak i sposób udzielania świadczeń, wreszcie dokumentowanie udzielonych świadczeń. Kontrolą jest objęta także procedura wystawiania recept, doboru leków i wyrobów medycznych.

Odrębnie wskazano także możliwość przeprowadzenia kontroli w przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków dotyczących kolejności przyjmowania pacjentów, a w braku możliwości udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia się pacjenta prowadzenia i weryfikowania list oczekujących na udzielenie świadczenia.

Obowiązki kontrolowania świadczeniodawców nałożono na prezesa funduszu oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. Z racji usytuowania w strukturze Funduszu tych organów, świadczeniodawcy częściej spotykają się z kontrolami realizowanymi przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. Do ich kompetencji należy:

- 1) kontrola i monitorowanie ordynacji lekarskich oraz realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) przeprowadzanie kontroli świadczeniodawców i aptek,
- 3) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawieranie, rozliczanie i kontrolę realizacji tych umów, na podstawie ustawy z 8 września

Zakres kontroli realizowany przez NFZ wobec świadczeniodawców jest bardzo szeroki i obejmuje zarówno warunki i organizację udzielania świadczeń, jak i sposób udzielania świadczeń.

2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 r., Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.)

- 4) kontrola, monitorowanie i rozliczanie umów zawieranych na podstawie ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.).

Ze względu na tryb podejmowania kontroli przez NFZ dzielą się one na planowe kontrole koordynowane i niekoordynowane oraz kontrole doraźne. Te pierwsze, realizowane są na podstawie planów kontroli ustalanych centralnie (koordynowane) i w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ (niekoordynowane). Te drugie obejmują kontrole przeprowadzone poza planem w razie:

- 1) potrzeby wstępnego zbadania określonych zagadnień dla opracowania projektu programu kontroli (kontrola rozpoznawcza),
- 2) badania sposobu wykorzystania uwag i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych (kontrola sprawdzająca),
- 3) rozpatrywania skarg i wniosków (kontrola skargowa)
- 4) konieczności zbadania uzyskanych informacji o występujących nieprawidłowościach, w tym w szczególności podejmowane na polecenie prezesa NFZ, dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ lub na wniosek innej komórki organizacyjnej Centrali NFZ lub oddziału wojewódzkiego NFZ (kontrola problemowa).

Bardzo istotne dla wyników kontroli jest, obok ustalenia jej przedmiotu, także wskazanie, jakie kryteria służą do oceny podmiotu kontrolowanego. Narodowy Fundusz Zdrowia jako kryteria realizowanych przez siebie kontroli przyjmuje kryterium: legalności, rzetelności i celowości.

Kryterium legalności ujmowane jest szeroko i obejmuje badanie zgodności działania z przepisami prawa powszechnie obowiązującego (Konstytucja, ustawy, rozporządzenia itp.), przepisami o charakterze wewnętrznym, (statutami, regulaminami, procedurami itp.), jak również umowami (w szczególności umowami zawieranymi z NFZ) i innymi aktami, choćby decyzjami administracyjnymi (np. sanepidu).

Kryterium rzetelności służy określeniu, czy realizowane obowiązki (wynikające z przepisów i postanowień umów z NFZ) wypełniane są z należytą starannością, sumiennie i we właściwym czasie, a także czy prawidłowo są dokumentowane – zgodnie z rzeczywistością, we właściwej formie i wymaganych terminach, bez pomijania określonych faktów i okoliczności (w szczególności chodzi tu o dokumentację medyczną).

Kryterium celowości obejmuje badanie zapewnienia zgodności z celami określonymi dla kontrolowanej jednostki lub działalności; zapewnienia optymalizacji zastosowanych metod i środków oraz ich odpowiedniości dla osiągnięcia założonych celów oraz skuteczności ich realizacji.

Świadomość stosowanych przez kontrolujących kryteriów może uchronić świadczeniodawcę przed negatywnymi wynikami kontroli. Nie wystarczy bowiem np. prowadzić dokumentację medyczną – trzeba ją prowadzić rzetelnie, terminowo i zgodnie ze stanem faktycznym. To samo dotyczy również procedury udzielania świadczeń i innych obszarów działalności świadczeniodawców. ■

*Narodowy
Fundusz
Zdrowia
jako kryteria
realizowanych
przez siebie
kontroli
przyjmuje
kryterium:
legalności,
rzetelności
i celowości.*



Jan
Tyłka

Konsultant Krajowy
ds. psychologii
klinicznej,
kierownik Katedry
Psychologii Zdrowia,
Wydział Filozofii
Chrześcijańskiej
Uniwersytetu
Kardynała Stefana
Wyszyńskiego
w Warszawie

*Sytuacja
psychologii
klinicznej jest
w znaczącym
stopniu
odbiciem
sytuacji
polityczno-
gospodarczej
naszego kraju.*

Specjalizacja z psychologii klinicznej

Zaburzenia życia psychicznego mogą dotyczyć każdego człowieka – biednych i bogatych, dobrych i złych, młodych i w zaawansowanym wieku. Mogą stać się źródłem ogromnego cierpienia, ale także lepszego zrozumienia siebie i wyzwolenia sił twórczych.

Pychologia kliniczna jest dziedziną psychologii stosowanej, która zajmuje się szeroko rozumianymi zaburzeniami osobowości i zachowania jednostki ludzkiej. WHO podaje, że na różnorodne zaburzenia psychiczne cierpi 25 proc. światowej populacji, a progresja chorób afektywnych, zwłaszcza depresji, wskazuje, że w najbliższych dziesięcioleciach opieka psychologiczna i psychiatryczna stanie się niezbędna i kosztowna.

W UE choroby psychiczne są najczęstszą (ok. 30 proc.) przyczyną wychodzenia z rynku pracy. W Polsce najdłuższe zwolnienia dotyczą chorych na nowotwory (21,99 dni), na drugim miejscu są zaburzenia psychiczne (16,27 dni) [dane z ZUS z 2010 r.]. Problemy natury psychicznej narastają.

Nielatwe specjalizacje

Psychologia kliniczna stała się, zgodnie z wytycznymi UE, specjalizacją jednostopniową, ale w tym pojęciu zawarte są wymagania, które dotyczyły specjalizacji II st. uzyskiwanej w starym trybie. Trzeba podkreślić, że psychologia kliniczna nie dysponuje rezydenturami i całkowity koszt związany ze specjalizacją spada na specjalizującego się. Jest to obciążenie, zważywszy na fakt niskiego uposażenia psychologów i często pracę w pojedynkę, co uniemożliwia uzyskanie zgody pracodawcy na udział w szkoleniach w odległych miejscach.

Konsultant krajowy wraz z grupą ekspertów przygotował program 4-letniego szkolenia (2 lata moduł ogólny i 2 lata – szczegółowy), aby umożliwić jak najszerszemu gronu psychologów uzyskanie specjalizacji. Program zaakceptowało Ministerstwo Zdrowia i wdrożyło do realizacji. Mimo trudności w zorganizowaniu bazy szkoleniowej udało się powołać 23 ośrodki z akredytacją. Niestety, funkcjonują one głównie na bazie uniwersyteckiej, a białe plamy na mapie to województwa: podkarpackie, świętokrzyskie, opolskie, zielonogórskie, świętokrzyskie, opolskie, zielonogórskie,

lubelskie. Konsultanci wojewódzcy podkreślają, że mimo pojawiania się nowych akredytowanych ośrodków, jest ich wciąż za mało, a niesymetryczne rozmieszczenie to problem dla pracujących poza ośrodkami akademickimi.

W nowym trybie specjalizacji szkoli się łącznie prawie 500 osób, w tym 130 w Warszawie, 85 w Krakowie, a tylko 10 w woj. warmińsko-mazurskim.

Ogólna ocena sytuacji

Sytuacja psychologii klinicznej jest w znaczącym stopniu odbiciem sytuacji polityczno-gospodarczej kraju. Ciągłe reformowanie różnych instytucji, w tym ochrony zdrowia, powołanie molocha, jakim jest NFZ, spowodowało pojawienie się problemów w funkcjonowaniu psychologów klinicznych. Z raportów konsultantów wojewódzkich i moich obserwacji (18-letnie doświadczenie konsultanta krajowego) wynika, że zapotrzebowanie na pomoc psychologiczną rośnie, ale by świadczyć usługi zgodnie z posiadanymi kompetencjami, psycholodzy muszą pokonywać liczne bariery, by uzyskać specjalizację.

Reasumując, dostęp do specjalisty jest zróżnicowany i uwarunkowany:

- rozmieszczeniem specjalistów na terenie Polski,
 - polityką zatrudnienia specjalistów psychologii klinicznej,
 - trudnościami występującymi w uzyskaniu specjalizacji,
 - polityką NFZ w kontraktowaniu usług psychologicznych.
- Wzrasta też zainteresowanie profesjonalną pomocą psychologiczną w placówkach zatrudniających psychologa klinicznego. Okazuje się jednak, że specjalistów psychologii klinicznej jest jak na lekarstwo (w najgorszej sytuacji są południowo-wschodnie rejony i zachodniopomorskie). Okazuje się, że:
- dyrektorzy placówek bądź likwidują etaty dla psychologów (woj. łódzkie, zachodniopomorskie, wielkopolskie), bądź zatrudniają psychologów na jakąś część etatu, stwarzając w ten sposób pozory działalności (woj. mazowieckie, wielkopolskie),

- NFZ preferuje kontrakty z placówkami zatrudniającymi psychoterapeutów, którzy często nie mają wykształcenia psychologicznego, nie dysponują profesjonalnym przygotowaniem w zakresie diagnozowania, nie są kompetentni w ustalaniu strategii terapeutycznej w oparciu o ustalenia diagnostyczne.

To dyskredytacja przez NFZ zawodu psychologa klinicznego, który do 5-letnich studiów psychologicznych dołożył 5-letnie studia podyplomowe w ramach specjalizacji. To zniechęca wielu psychologów do podejmowania trudu specjalizacji. To ogranicza dostęp do profesjonalnej pomocy psychologicznej w okresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, związanej z problemami:

- psychoneurologicznymi (zaburzenia funkcji poznawczych, problemy rodziny); dotyczy pacjentów z woj. podlaskiego, warmińsko-mazurskiego, dolnośląskiego, małopolskiego,
- psychologicznymi w chorobach somatycznych (praktycznie w skali całego kraju, gdyż tylko „wybrańcy”, tzn. instytuty naukowo-lecznicze, zatrudniają specjalistów psychologii klinicznej, np. instytut kardiologii czy onkologii),
- psychologicznymi występującymi u dzieci i młodzieży tak w okresie leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnego.

Liczba specjalistów

Przybliżone dane dotyczące liczby specjalistów psychologii klinicznej: dolnośląskie 65, górnośląskie – 222, łódzkie – ok. 100, mazowieckie – 150, pomorskie – 80, małopolskie – ok. 160, podlaskie – 34, warmińsko-mazurskie – 11, zachodnio-pomorskie – 9, świętokrzyskie – 18, wielkopolskie – 70, lubelskie – 88, łącznie 1007 osób.

Dysproporcje w liczbie zatrudnionych w regionach specjalistów są przyczyną nierówności w dostępie do pomocy psychologicznej. Jednak ocena stanu kadry specjalistów I i II stopnia zatrudnionych w ochronie zdrowia jest trudna, gdyż resorty MSW oraz MON nie podają takich informacji, a część psychologów klinicznych działa w sektorze prywatnym.

Sytuacja na rynku usług psychologicznych nieznacznie się poprawiła (woj. mazowieckie, małopolskie, górnośląskie, pomorskie), ale dostępność do nich tradycyjnie była tam najlepsza.

Brakuje specjalistów psychosomatyki (problemy psychologiczne chorych somatycznie), bo eliminuje się psychologów w oddziałach leczenia specjalistycznego (kardiologia, pulmonologia, dermatologia i inne). Oszczędzanie poprzez redukcję etatów dla psychologów może skutkować tym, że część chorych wróci do szpitala (poradni specjalistycznej) z problemami. Wciąż brakuje specjalistów z neuropsychologii, co wobec wysokiego ryzyka udarów mózgu będzie skutkowało wzrostem niepełnosprawności.

Za mało jest specjalistów psychologii klinicznej dzieci i młodzieży. Na wizytę czeka się od jednego do trzech miesięcy (w woj. podlaskim, świętokrzyskim, wielkopolskim). W 400-tysięcznym Szczecinie jest zaledwie jedna poradnia dla dzieci i młodzieży. Problemy życia psychicznego mają specyficzny charakter, a odraczanie pomocy osobie potrzebującej może zakończyć się tragicznie. Dlatego sprawą niezwyklej wagi jest skierowanie środków (m.in. na finansowanie kosztowych szkoleń, opracowanie nowych przepisów i ustaw), by wzmocnić psychologię kliniczną. ■

*Jeżeli na wizytę
u specjalisty
osoba
z problemami
psychicznymi
czeka od
jednego do
trzech miesięcy
(tak dzieje się
min. w woj.
podlaskim,
święto-krzyskim,
wielkopolskim),
to następstwa
takiego stanu
rzeczy nie
wymagają
komentarza.*

Grypa wystawia rachunek

Lucyna
Krysiak

W tym sezonie przeciwko grypie zaszczepiło się zaledwie 3,8 proc. Polaków. W Holandii i Wielkiej Brytanii szczepieniom poddało się 70 proc. obywateli.

Ten sezon grypowy jest cięższy od minionych, tymczasem Polska ma jeden z najniższych wskaźników zaszczepienia przeciw grypie. Na początku lutego tego roku było już blisko 80 ofiar śmiertelnych tej choroby i jej powikłań. Tylko w trzech pierwszych tygodniach stycznia 2013 r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH odnotował 213 908 nowych zachorowań na grype, gdy w tym samym okresie 2012 r. było ich 80 162. Jeszcze bardziej dramatycznie wrosła zachorowalność w ostatnim tygodniu stycznia 2013 r., która wyniosła 219 500. Z powodu grypy w tym czasie 1400 osób trafiło do szpitali. Najwięcej zachorowań zarejestrowano w województwach: pomorskim, małopolskim, mazowieckim, łódzkim, dolnośląskim i śląskim. W pierwszej połowie lutego liczba zachorowań przekroczyła milion. Wprawdzie Marek Posobkiewicz, główny inspektor sanitarny, zastrzegł, że to jeszcze nie epidemia, kiedy zamyka się szkoły, urzędy, banki, jednym słowem ogranicza do niezbędnego minimum kontakty między ludźmi, by wirus nie rozprzestrzenił się, jednak sytuacja jest poważna.

Nie chcą się szczepić

Nie chodzi o nam o śledzenie przebiegu zachorowalności na grype, tak jak to robią codzienne media, dla których takie wydarzenia są newsem, ale o to, by pokazać, że grypa jest nieprzewidywalna, a ponieważ przez ostatnich kilka minionych lat pojawiała się i szybko wygasła, uśpiła czujność Polaków. Czy w tym można upatrywać przyczyny tak małego zainteresowania szczepieniami? Prof. Lidia Brydak, kierownik Zakładu Badania Wirusów Grypy, Krajowego Ośrodka ds. Grypy w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – PZH, co roku przestrzega przed grypą i jak mantrę powtarza, że jedynym skutecznym sposobem ochrony przed tą groźną chorobą są szczepienia. Jest wybitnym specjalistą w tej dziedzinie i nie rzuca słów na wiatr, ale Polacy nie bardzo je sobie biorą do serca. Jak do nich dotrzeć? Może obecna strategia wymaga zmian? Może namawianie do szczepień jest mało przekonujące? Wiele osób uważa, że gdyby Polacy nie musieli płacić za szczepionkę, problem przestałby istnieć.

Szczepionka kosztuje 30-40 zł, dla jednej osoby to niewielki wydatek, ale już dla całej rodziny, to kwota znacząca. W wielu krajach UE szczepienia przeciw grypie są refundowane. W Polsce zakłady pracy fundują szczepienia swoim pracownikom, wielu Polaków posiada pakiety medyczne, które obejmują szczepienia przeciw grypie, ale

większość musi kupić szczepionkę za własne pieniądze. Z badań porównawczych z innymi krajami wynika jednak, że brak refundacji nie jest jedyną przeszkodą, by się szczepić. Bardzo ważny jest społeczny odbiór szczepień i w Polsce nie jest on najlepszy.

Prof. Przemysław Kardas, kierownik I Zakładu Medycyny Rodzinnej UM w Łodzi, w badaniu „Reasons for low influenza vaccination coverage: cross-sectional survey in Poland” dowodzi, że poziom wiedzy Polaków na temat grypy jest nadal bardzo niski. W ich świadomości są zakorzenione liczne nierzetelne informacje o tej chorobie. Grypa mylona jest z przeziębieniem, a sposoby jej zapobiegania ograniczają do zażywania popularnych leków przeciw przeziębieniu. Wiedzę na ten temat czerpią z internetu, gdzie zamieszcza się informacje trudne do kontrolowania i weryfikowania. Na „wizerunek” szczepień wpłynęły też decyzje Ewy Kopacz o rezygnacji z zakupu szczepionek, kiedy była szefem resortu zdrowia, podczas epidemii „świńskiej grypy” w 2009 r. To spowodowało spadek poziomu zaszczepienia. Mając błędne przekonania, Polacy nie dostrzegają wymiernej potrzeby systematycznego poddawania się szczepieniom, co przekłada się na liczbę zaszczepionych.

Potrzebna nowa strategia

Niezależnie od polityki proszczepieniowej prowadzonej przez państwo (propagowanie szczepień, informowanie społeczeństwa o zagrożeniach związanych z grypą, refundacjach zwiększających dostęp do szczepionek) potrzebna jest nowa strategia, która uświadomiłaby Polakom wagę szczepień przeciwko grypie, zwłaszcza w grupach ryzyka, takich jak osoby starsze i przewlekle chore. Europejscy badacze przeanalizowali wpływ różnorodnych czynników na poziom zaszczepienia przeciwko grypie. Porównali 16 krajów Europy. Badaniem objęli osoby po 65. roku życia, które stanowią najliczniejszą grupę ryzyka zachorowania na grype. Badanie „The impact of European vaccination policies on influenza vaccination coverage rates in the elderly” wykazało, że założenia dotyczące zaleceń związanych z profilaktyką grypy wśród osób starszych są podobne. Ogólnie szczepienia zaleca się osobom po 65. roku życia, a nawet młodszym, powyżej 50. Ponad połowa krajów objętych badaniem wprowadziła w życie wyśrubowane zalecenia WHO (do 2014 r. poziom osób zaszczepionych w podeszłym wieku powinien osiągnąć 75 proc.) jako cel narodowych programów

*Najgorzej na
tle Europy
wypada
Polska, gdzie
szczepi się
jedynie
16 proc.
osób po 65.
roku życia.
Wynik ten
niepokoi tym
bardziej,
że kraje
plasujące się
tuż przed
Polską, czyli
Słowacja
i Czechy,
mają
dwukrotnie
wyższy
odsetek
zaszczepio-
nych.*

szczepień. Dodatkowo, w przypadku 72 proc. analizowanych krajów szczepienia przeciwko grypie dla osób w podeszłym wieku były w znacznym stopniu refundowane (90-100 proc. refundacji). W trzech krajach do grupy docelowej wysyłano imienne zaproszenia do udziału w programie szczepień przeciwko grypie, w czterech innych lekarze wysyłali do swoich pacjentów listy lub e-maile zachęcające do poddania się szczepieniu. Analiza wyników wykazała, że zwiększenie dostępności szczepień poprzez refundację i imienne zaproszenia do udziału w bezpłatnych programach szczepień miały największy wpływ na decyzje o poddaniu się szczepieniom.

Najgorzej na tle Europy wypada Polska, gdzie szczepi się jedynie 16 proc. osób po 65. roku życia. Wynik ten niepokoi tym bardziej, że kraje plasujące się tuż przed Polską, czyli Słowacja i Czechy, mają dwukrotnie wyższy odsetek zaszczepionych. Natomiast w Holandii zaszczepionych seniorów jest aż 82 proc. Prof. Kardas uważa, że systematycznie trzeba pracować nad wzrostem świadomości Polaków. W krajach, gdzie takie kampanie są prowadzone, poziom szczepień stale wzrasta. W kampaniach edukacyjnych powinno się kłaść nacisk na jasny przekaz dotyczący regularności szczepień oraz różnic między grypą i innymi wirusowymi zakażeniami dróg oddechowych. Niestety, choć przykro o tym mówić, nie szczepią się także lekarze. Nie ma badań, które odpowiedziałyby na pytanie – dlaczego i jak liczna to jest grupa? Narodowy Instytut Zdrowia – PZH chce opracować i rozesłać do lekarzy ankietę, która pozwoli ocenić sytuację. W NIZP – PZH powołano Grupę Roboczą ds. Grypy, której przewodzi prof. Adam Antczak, pulmonolog z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Profesor także uważa, że Polacy nie szczepią się z niewiedzy, bo przeciwwskazań jest niewiele – nadwrażliwość na białko jaja kurzego, ostra choroba gorączkowa i przejście 6 tygodni przed szczepieniem bardzo rzadkiej choroby neurologicznej Zespół Guillaina-Barrégo (GBS). Przy pozostałych chorobach autoimmunologicznych zaleca rozważyć celowość szczepienia, bo takie osoby także należą do grupy podwyższonego ryzyka.

Bilans strat

Wirusem grypy sezonowej, z jakim mamy do czynienia obecnie, jest wirus A/H1/N1 (tzw. wirus świńskiej grypy). Wprawdzie nie jest bardziej niebezpieczny niż inne szczepy, może wywoływać groźne powikłania. W wymiarze indywidualnym to zawsze nieszczęście dla chorego. W wymiarze ekonomicznym to ogromne straty finansowe. Składają się na nie koszty hospitalizacji, zwolnień lekarskich, dezorganizacja w miejscu pracy związana z absencją chorobową pracowników. Po raz pierwszy policzono, ile faktycznie kosztuje w Polsce leczenie grypy i jej powikłań. Koszty pośrednie to 4,3 mld zł. Koszty bezpośrednio dla Polski straty rzędu 730 mln zł. Szczepiąc się, można ich uniknąć. Ważną rolę w edukacji społeczeństwa dotyczącą profilak-

tyki grypy poprzez szczepienia pełni środowisko medyczne. Lekarze winni przypominać pacjentom o konieczności szczepień, rozpatrując tę chorobę nie tylko w aspekcie zdrowotnym, ale ekonomicznym. Są nawet głosy, że dyrektor szpitala powinien wymagać od personelu, który ma kontakt z chorymi, by szczepił się przed sezonem grypowym. Takie pisma wysyłał do dyrektorów szpitali prof. Rafał Niżankowski, małopolski państwowy wojewódzki inspektor sanitarny. Jest jeszcze inny aspekt problemu. Pacjent, który zaraził się wirusem grypy w poradni lub szpitalu, może zaskarżyć tę placówkę, tak jak w wypadku zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby. Jeśli udowodni, że grypą zaraził się w szpitalu, jest szansa, że sąd przyzna mu odszkodowanie. Dyrektor powinien więc zachęcać do szczepień ze względów prawno-ekonomicznych. Zgodnie z obecnym prawem nie może zmusić lekarza do szczepienia, ale może wymagać pisemnego oświadczenia, iż poniesie odpowiedzialność finansową z tytułu potencjalnych skarg pacjentów. ■

Kiedy wezwać policję

Lidia
Sulikowska



Każdemu lekarzowi może przytrafić się pacjent, który padł ofiarą przemocy lub istnieje wobec niego podejrzenie, że mógł złamać prawo. Jak postąpić w takiej sytuacji?

Spółeczny obowiązek informowania prokuratora lub policji dotyczy także na przykład sytuacji, gdy pacjent posługuje się fałszywym dokumentem tożsamości lub posiada narkotyki, choć już samo bycie pod wpływem narkotyków nie jest przestępstwem.

Pobicie, postrzał, rana kłuta, zgwałcenie – codziennie do szpitali i przychodni trafiają pacjenci, wobec których użyto przemocy. Po pomoc medyczną zgłaszają się także osoby, w przypadku których istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że działają niezgodnie z prawem, na przykład posługują się sfałszowanymi dokumentami dotyczącymi swojej tożsamości albo posiadają narkotyki lub są pod wpływem działania narkotyków, podanych bez ich wiedzy i zgody. Lekarze czasem muszą zmierzyć się z dylematem: informować policję o możliwości popełnienia przestępstwa czy nie? Wykonanie takiego telefonu uzależnione jest od konkretnej sytuacji.

Spółeczny obowiązek

Zgodnie z art. 304 par. 1 kodeksu postępowania karnego każdy (również lekarz), kto dowiedział się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję. Dotyczy to na przykład sytuacji, gdy do lekarza trafi pacjent z ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu, nad którym się znęcano, u którego nastąpiło naruszenie czynności narządu ciała lub spowodowano rozstrój zdrowia, czyli krótko mówiąc – jego stan wskazuje, że mógł być ofiarą przestępstwa. Kwestie związane z ofiarami przemocy reguluje także ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Zgodnie z jej zapisami, osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych mają podejrzenie o popełnieniu ściganego

z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, powinny niezwłocznie zawiadomić o tym policję lub prokuratora. Obowiązek ten dotyczy między innymi lekarzy udzielających pomocy medycznej. – Na mocy tej ustawy lekarze mają obowiązek stosowania procedury „Niebieskiej Karty”, jeśli zajdzie uzasadnione podejrzenie, że ich pacjent może być ofiarą przemocy. Procedura ta ma charakter interwencyjny, czyli uruchamia się ją w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia przemocy w rodzinie i może być ona wszczęta bez zgody osób zaangażowanych w akt przemocy, w tym bez zgody osoby pokrzywdzonej – informuje podinspektor Grażyna Puchalska z Komendy Głównej Policji.

Kiedy kara

Spółeczny obowiązek informowania prokuratora lub policji dotyczy także na przykład sytuacji, gdy pacjent posługuje się fałszywym dokumentem tożsamości lub posiada narkotyki, choć już samo bycie pod wpływem narkotyków nie jest przestępstwem. Ogólnie rzecz ujmując, o każdym przestępstwie ściganym z urzędu* trzeba informować, a przy powiadamianiu o takim zdarzeniu należy posiadać dowody świadczące o jego popełnieniu.

Jednocześnie, jeśli o podejrzeniu popełnienia przestępstwa nie powiadomi się policji, nie grozi za to żadna kara**, choć nie w każdym przypadku. – Instytucje państwowe i samorządowe, w tym publiczne, państwowe lub samorządowe placówki służby zdrowia, mają prawny obowiązek

powiadomienia policji lub prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa ściganego z urzędu, o którym mają wiedzę, co określa art. 304 par.2 k.p.k. W takich przypadkach dodatkowo istnieje obowiązek podjęcia niezbędnych czynności do czasu przybycia organów ścigania, tak aby nie zatrzeć śladów i dowodów przestępstwa. Warto przy tym zauważyć, że prywatne jednostki ochrony zdrowia nie podlegają takiemu nakazowi – wyjaśnia podinsp. Puchalska.

W praktyce oznacza to, że obowiązek prawny dotyczący zgłoszenia podejrzenia o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu spoczywa na każdym funkcjonariuszu publicznym związanym z instytucją państwową i samorządową. Za niepowiadomienie o takim fakcie grozi odpowiedzialność karna (przestępstwo niedopełnienia tego obowiązku zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat 3, a w przypadku działania nieumyślnego – do lat 2; gdyby funkcjonariusz publiczny nie dopełnił swoich obowiązków dlatego, że chciał osiągnąć korzyść osobistą lub majątkową, to zagrożenie karą jest znacznie wyższe i może wynieść nawet do lat 10).

Wyjątek od reguły

Obowiązek zarówno społeczny, jak i prawny poinformowania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa obejmuje wyłącznie przestępstwa ścigane z urzędu. Nie dotyczy on natomiast przestępstw ściganych na wniosek, do których

zaliczane jest między innymi zgwałcenie na osobie pełnoletniej. Gdy do placówki medycznej trafia ofiara gwałtu, która ukończyła 18 lat, lekarz może powiadomić policję tylko wtedy, gdy od ofiary gwałtu uzyska na to zgodę. – Jeśli ofiara nie wyraża zgody na powiadomienie o fakcie popełnienia przestępstwa zgwałcenia, lekarz nie może tego zrobić wbrew pokrzywdzonemu. Jednocześnie powinien wypełnić swoje obowiązki służbowe, czyli udzielić pomocy medycznej w ramach swoich kompetencji, ale bez informowania o zaistniałym przestępstwie organów ścigania – wyjaśnia podinsp. Grażyna Puchalska z KGP. Jeśli jednak do placówki ochrony zdrowia zgłasza się niepełnoletnia ofiara przemocy seksualnej lub molestowania seksualnego, wówczas lekarz obligatoryjnie powiadamia o tym zdarzeniu policję lub prokuraturę oraz rodziców lub prawnych opiekunów ofiary. ■

* Dotyczy wyłącznie przestępstw ściganych z urzędu, nie ma takiego obowiązku w przypadku przestępstw ściganych na wniosek oraz przestępstw z oskarżenia prywatnego.

** Oprócz obowiązku społecznego, każdy obywatel, w przypadku pewnych przestępstw, ma prawny obowiązek zawiadomienia organów ścigania. Brak takiego zawiadomienia jest wtedy także przestępstwem, za które grozi kara pozbawienia wolności do lat 3. Katalog takich sytuacji, kiedy niezawiadomienie jest przestępstwem, został określony w kodeksie karnym i dotyczy najpoważniejszych przestępstw (przestępstw terrorystycznych, zabójstwa, zamachu na życie Prezydenta, spowodowania katastrofy, porwania okrętu lub samolotu, pozbawienia człowieka wolności, wzięcia zakładnika). Zawsze wtedy lekarz, i każda inna osoba, jeśli ma informację o przygotowaniu, usiłowaniu lub dokonaniu tych przestępstw, ma obowiązek reagować i poinformować organy ścigania.

Marta
Kurdziel

Oddział Chorób
Serca i Naczyń,
III Katedra
i Oddział Kliniczny
Kardiologii,
Śląskie Centrum
Chorób Serca
w Zabrze

Gorączka wysokości

Raz rozbudzonej wyobraźni nie da się ujarzmić. Marzenia o złączeniu dwóch światów – gór i medycyny – wydają się tak nierealne, że aż nieprzyzwoicie jest o nich myśleć. Ale czym byłby świat bez marzeń?

Himalayan Rescue Association (HRA) zrzesza lekarzy z całego świata, którzy po wstępnej kwalifikacji, przedstawieniu motywacji i wcześniejszych dokonaniach są typowani do trzymiesięcznej „służby” w trudno dostępnych miejscach, znajdujących się na najpopularniejszych szlakach w Himalajach wokół Annapurny-Manang i Mt. Everestu-Pheriche. Nie śniło mi się nawet, że mogłabym tam trafić. A jednak – jako pierwsza Polka zostałam skierowana do punktu medycznego w wysokogórskiej himalajskiej wiosce w Manang (3500 m n.p.m.).

Klinika w Manang znajduje się w kluczowym punkcie szlaku trekkingowego Annapurna Circuit. Turyści mają do pokonania przełęcz o wysokości 5416 m n.p.m. – Thorung La, a wioska Manang jest niezwykle istotna z punktu widzenia aklimatyzacji. Na wysokość 3500 m n.p.m. ciśnienie parcjalne tlenu spada ze 149 mmHg do około 90 mmHg, co implikuje szereg problemów dla naszego organizmu, takich jak ostra choroba góriska, wysokościowy obrzęk płuc i wysokościowy obrzęk mózgu. Wszystko to było dane mi zobaczyć – nie ma bowiem lepszego miejsca na praktykę w tym zakresie niż wysokogórska himalajska osada. Wiele przypadków chorób dałoby się uniknąć, gdyby świadomość poszkodowanych była większa i wspinali się bardziej rozsądnie. Oczywiście przyczyny w większości sytuacji były

bardziej złożone – albo współistniejąca infekcja górnych dróg oddechowych, albo dodatkowe choroby przewlekłe lub biegunka i odwodnienie. Te cięższe przypadki kończyły się ewakuacją helikopterem, który kilkakrotnie lądował dla pacjentów naszej „kliniki”.

Było do przewidzenia, że choroba góriska będzie problemem medycznym numer jeden, ale nie sądziłam, że stanowi ona aż taką skalę problemu wśród turystów i tragarzy. Na szczęście istotę ryzyka związanego z wysokością rozumie ponad 90 proc. turystów. Jednak zdarzają się tacy, którzy o chorobie górskiej słyszą pierwszy raz i ze zdziwieniem przychodzili z uporczywym bólem głowy...

Dlatego HRA wyszło naprzeciw tego typu problemom i w schemacie pracy lekarza są codzienne wykłady na temat choroby górskiej. Za każdym razem na sali było ponad 50 osób, które z zainteresowaniem i uwagą przysłuchiwało się temu, o czym opowiadaliśmy. Dopisująca frekwencja oraz liczne pytania i wątpliwości utwierdzały w przekonaniu, że wiedza, którą się dzielimy oraz obecność tutaj są na prawdę potrzebne i mają sens.

Codziennosc w Manang to nie tylko choroba góriska, to także liczne skręcenia stawu skokowego, infekcje przewodu pokarmowego, prowadzące nawet do ewakuacji helikopterem(!), rany i infekcje górnych dróg oddechowych. Drugą grupę chorych stanowią rdzenni



mieszkańcy, których profil chorobowy jest nieco inny – podobny do codziennych zmagani lekarzy rodzinnych w Polsce: astma, nadciśnienie, przeziębienia, ale także i ciąża, zaskakujące reakcje na różnego rodzaju zioła i rośliny rosnące w okolicy. Mieliśmy przypadki zatrucia dzieci po zjedzeniu pięknie wyglądających czerwonych jagód czy reakcję kardiodepresyjną po spożyciu dzikiego miodu, ale także przypadki próby samobójczej bądź urazy u osób pod wpływem alkoholu... Także cały profil medycyny i mnóstwo zaskakujących przypadków, które pozostały bez diagnozy z uwagi na brak narzędzi albo niecodziennego charakteru prezentowanych objawów.

W pamięci zostają także wizyty domowe u rdzennych mieszkańców. Czasem do nagłego stanu za karetkę służył koń, a czas dotarcia do poszkodowanego to co najmniej godzina, czasem musiały wystarczyć nasze nogi. Sam fakt wkroczenia do domu przeciętnego Nepalczyka już budzi uczucie nie tyle zaskoczenia, ile większego zrozumienia codziennego funkcjonowania i szerszego spojrzenia na ich kulturę i obyczajowość. Przekroczenie progu chaty, najczęściej kamiennej, pozostawienie butów przed progiem i pierwszy rzut okiem na pozostające w mroku miejsce codziennego życia skupione wokół paleniska w głównej izbie od razu mówi, że rola medycyny jest tutaj mocno ograniczona. Bo ktoś w tych warunkach w przypadku cukrzycy będzie uważał na dietę lub prowadził samokontrolę glikemii albo troszczył się o kobietę w ciąży, która do ostatnich miesięcy pracuje ciężko przy żniwach? Gdzie tu rola profilaktyki, skoro wodę czerpie się z tego samego strumienia, gdzie pasie się bydło? Była to naprawdę piękna służba medyczna, ale też i przygnębiająca, bo gdy jakiś Nepalczyk potrzebuje rzeczywiście specjalistycznej pomocy, rozkłada się ręce w niemocy, bowiem nikt nie zapłaci 7 500 dolarów za transport śmigłowcem do szpitala w Katmandu, nie mówiąc o kosztach dalszego leczenia... Więc zostaje mu jedynie kilkudniowa podróż na koniu lub motocyklu, albo – jeśli i na nią nie ma pieniędzy – pozostanie w swojej niedoli w ciemnej, zakurzonej chacie z resztą

troskliwej rodziny... Czasem jedynie rozkłada się ręce i nepalskie „Ke Garney” (what to do?) jest jedynym „rozwiązaniem” sytuacji.

Czas w Manang był survivaliem nie tylko medycznym. Obok codzienności w najsurowszych warunkach mieszkaniowych było to mocne przeżycie interkulturalne i zderzenie nowoczesnej, europejskiej medycyny, gdzie strzeże się podążania za wytycznymi i cieszy się szerokimi możliwościami mocno zaawansowanej diagnostyki, z lokalnymi realiami, gdzie często intuicja i najprostsze narzędzia służą diagnozie, a postępowanie z pacjentem dyktowane jest miejscowymi zwyczajami i przekonaniami. Pozwoliło także dojrzeć jak ruch turystyczny zmienił lokalną ludność. Byłoby to zapewne trudniejsze gdyby mój cel był taki sam jak 99% spotkanych podróżników. Magnetyzm Himalajów jest pewnego rodzaju aksjomatem, jednak według mojej subiektywnej oceny ruch turystyczny zabił w tutejszej ludności oraz klimacie wędrowni to „coś”, do czego się podróżuje w tereny górskie. Plecak może ponieść tragarz, nie trzeba rozbijać namiotu, bo Tea house oferują dach nad głową, a rytuał sporządzania posiłków na świeżym powietrzu sprowadza się do zamówienia obiadu w lodge. Aczkolwiek legendarne szczyty jak Manaslu, Annapurna, Ganghapurna, Dhaulagiri czy Nilgiri tłumaczą, dlaczego jest to obowiązkowy punkt w edukacji turystycznej. Inną kwestią jest jej forma, którą można lubić albo nie.

Wspominając trzymiesięczny okres pracy lekarza wolontariusza w Manang, trudno uwierzyć, że to było naprawdę. Wróciłam ze znacznym nadbagażem bezcennego doświadczenia. Studencki sen o byciu lekarzem w najwyższych górach świata i obcowanie z hipoksją jako źródłem dolegliwości stał się faktem. Trzeba więc marzyć ostrożnie, bo marzenia czasem się spełniają! ■

Chciałabym serdecznie podziękować prof. Mariuszowi Gąsiorowi, prof. Lechowi Półońskiemu oraz zespołowi w Śląskim Centrum Chorób Serca, za umożliwienie mi wykorzystania niezwyklej szansy, o którą zabiegałam od długiego czasu. Bez przychylności i życzliwości wymienionych osób zebranie tak unikalnego doświadczenia nie byłoby możliwe.

Czasem do nagłego stanu za karetkę służył koń, a czas dotarcia do poszkodowanego to co najmniej godzina, czasem musiały wystarczyć nasze nogi.



Lekarze na misjach



Lidia
Sulikowska

W krajach, w których rozgrywają się konflikty zbrojne, dotkniętych klęskami żywiołowymi, a także tam, gdzie jest ubóstwo i nędza – opieka lekarzy jest bardzo potrzebna. Wielu decyduje się tam wyjechać, by nieść pomoc medyczną i nie żałują swojej decyzji.

Cheć pomagania, nabycie doświadczenia, walka ze słabościami, podjęcie być może najciekawszego w życiu wyzwania lub po prostu – oderwanie się od monotonii życia codziennego – powodów, dla których lekarze decydują się na wyjazd w skrajnie biedne, egzotyczne i często niebezpieczne rejony, jest wiele. Podobno najtrudniej jest podjąć decyzję. Po powrocie są zachwyceni i decydują się na kolejne misje medyczne. – Oczywiście nie jest łatwo znaleźć lekarza, który będzie chciał wyjechać, bo wiadomo, człowiek ma kredyt, rodzinę na utrzymaniu i swoją pracę, ale zdarzają się tacy, którzy się decydują. Do tej pory udało nam się wysłać już ponad 130 lekarzy i wszyscy wrócili cali. Zgodnie mówią, że to był piękniejszy czas w ich życiu – opowiada Justyna Janiec-Palczewska, wiceprezes Fundacji Redemptoris Missio, która tworzy profesjonalne zaplecze medyczne dla polskich misjonarzy działających wśród chorych w najuboższych krajach świata.

Lekarze mogą pomagać na wiele sposobów. Istnieje wiele fundacji i stowarzyszeń, które zajmują się opieką medyczną wśród najbardziej potrzebujących. Niektóre specjalizują się w organizacji misji w krajach najbardziej potrzebujących, ale stosunkowo bezpiecznych, inne propo-

nują wyjazdy nawet w bardzo niebezpieczne rejony, np. ogarnięte wojną, dotknięte klęskami żywiołowymi albo tam, gdzie jest epidemia. Misje zazwyczaj trwają kilka miesięcy. Takie organizacje pokrywają koszty przelotu oraz wyżywienie i zakwaterowanie na miejscu, ale trzeba liczyć się z tym, że czas poświęcony na opiekę medyczną jest traktowany jako wolontariat, choć nie zawsze. Na przykład organizacja Lekarze bez Granic zawiera z lekarzem międzynarodową umowę o pracę i wypłaca wynagrodzenie.

Na krawędzi

Albania w trakcie wojny w Kosowie, konflikt w Erytrei, Pakistan, Afganistan, Czad, trzęsienie ziemi w Iranie – to tylko niektóre wyjazdy z pomocą medyczną Jarosława Gucwy, chirurga ogólnego i specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej. Zawsze wyjeżdżał z Polską Misją Medyczną: najpierw jako lekarz, a później jako jej wieloletni przewodniczący. – W sumie na tych wszystkich misjach medycznych spędziłem około trzech lat. Zdecydowałem się, aby w nich uczestniczyć, bo uznałem, że warto zrobić coś dobrego w swoim życiu. Muszę przyznać, że wyobrażenie o takim wyjeździe i sam pobyt na misji to dwie różne sprawy. Na przykład, gdy miałem jechać w rejon

Istnieje wiele fundacji i stowarzyszeń, które zajmują się opieką medyczną wśród najbardziej potrzebujących.

FOTO: Konrad Rylski

konfliktu, myślałem, że głównie będę zajmował się rannymi z pola walki, a okazało się, że najwięcej pomagaliśmy uchodźcom, którzy nie tyle ucierpieli z powodu pocisków czy odłamków, ale byli po prostu bardzo zaniedbani. Niestety do tych, którzy doznają obrażeń wojennych, bardzo trudno jest dotrzeć – wspomina Jarosław Gucwa. Co gorsza, często lekarzom stawia się warunek, że mogą działać, ale pomagając tylko jednej ze stron, czyli tej, która aktualnie opanowała dany region. – W Czadzie zabroniono nam pomagać rebeliantom, choć oczywiście staraliśmy się obejść ten zakaz, tłumacząc się, że trudno odróżnić „dobrego” od „złego”. Zdarzało się też, że lekarz zaangażował się w leczenie, a potem pacjent został zabity, bo był wrogiem na terenie, gdzie działaliśmy. Świat na wojnie jest o wiele bardziej skomplikowany, niż się wydaje – relacjonuje Jarosław Gucwa.

W ekstremalnych projektach, ale z organizacją Lekarze bez Granic (Médecins Sans Frontières), uczestniczył z kolei Stanisław Górski, lekarz, który obecnie kończy specjalizację z interny. – Uczestniczyłem w trzech misjach: w Sudanie Południowym, Afganistanie i Sierra Leone. W Sudanie byłem najdłużej, bo aż 9 miesięcy. Udział w takiej misji polega przede wszystkim na pracy w ośrodku/szpitalu, w którym zarządzamy miejscowym personelem i jesteśmy jego ciałem doradczym. Trzeba przyznać, że to nie zawsze jest

Zorganizowaliśmy gabinet dentystyczny przy ośrodku misjonarzy w Abong Mbang. [...] Raz przyjąłem 80 osób w ciągu jednego dnia.



łatwe, bo trudno powiedzieć wprost, że ktoś coś źle wykonuje. Potrzeba tu zdolności dyplomatycznych. Z drugiej strony taka praca daje olbrzymią satysfakcję. Oczywiście samodzielnie także udzielamy pomocy medycznej, ale to nie jest nasze główne zadanie – opowiada Stanisław Górski. Dodaje, że trzeba sobie zdawać sprawę, że praca bywa ryzykowna, w końcu projekty są realizowane w rejonach konfliktów czy dotkniętych przez kataklizmy. Co więcej, ważna jest duża tolerancja na funkcjonowanie często w niezbyt higienicznych warunkach, bo na misjach nie ma luksusu. – Chciałbym jednak zaznaczyć, że nie tylko przyjeżdżamy z wiedzą i pomocą, ale także sami dużo z takiego

*Do tej pory
udało nam się
wystać już
ponad 130 lekarzy
i wszyscy
wrócili cali.
Zgodnie mówią,
że to był
najpiękniejszy
czas w ich
życiu.*

wyjazdu czerpiemy. Na przykład w Sierra Leone byłem zdumiony, jak świetnie działał miejscowy zespół wsparcia psychicznego pacjentów. Ludzie go tworzący byli bardzo zmotywowani i kreatywni, oprócz „słownego” wsparcia robili np. też teatr dla pacjentów, śpiewali z nimi i tańczyli – relacjonuje Stanisław Górski. MSF obecnie jest w ponad 60 krajach na całym świecie. Najbliższe biuro znajduje się w Berlinie, ale organizowane są spotkania informacyjne w Polsce.

Bezpieczniejsza opcja

Jeśli nie chce się od razu wskakiwać na głęboką wodę i pomagać ofiarom aktualnie rozgrywającego się konfliktu zbrojnego, można spróbować sił na równie potrzebnych, ale jednak nieco spokojniejszych wyjazdach. – Obecnie poszukujemy ginekologa chętnego do doszkolenia miejscowego personelu w szpitalu misyjnym w Garoua w Kamerunie, pediatry do pomocy w Etiopii do pracy w przychodni w Dilla, a także dermatologa na misję do Indii do pracy wśród trędowatych – informuje Justyna Janiec-Palczewska z Fundacji Redemptoris Missio. – Kierujemy lekarzy do ośrodków misjonarzy, którzy cieszą się dużym zaufaniem wśród lokalnej ludności, najlepiej znają potencjalne zagrożenia i wiedzą, jak się zachować. Dzięki temu lekarz ma pewność, że nie



FOTO: mat. Fundacja Redemptoris Missio

zostanie pozostawiony bez pomocy – dodaje Janiec-Palczewska.

Zdarzają się również lekarze, którzy samodzielnie organizują misję medyczną. To o wiele trudniejsze zadanie, ale dające chyba największą satysfakcję. Konrad Ryłski, stomatolog z Warszawy, postanowił leczyć zęby dzieciom w Kamerunie. – Pomysł narodził się dwa lata temu, sam już nie pamiętam, jak to się wszystko zaczęło. Od tamtego czasu wyjeżdżałem do tego kraju siedem razy. Początki były trudne, ale udało mi się zaangażować w ten projekt dwie fundacje oraz Ministerstwo Spraw Zagranicznych RP. Zorganizowaliśmy gabinet dentystyczny



przy ośrodku misjonarzy w Abong Mbang. Udało mi się też znaleźć innych stomatologów, dzięki czemu możemy się wymieniać i w ten sposób zapewniać stałą opiekę – opowiada. Nie da się ukryć, że praca na misji to wyzwanie, praca w ciężkim, tropikalnym klimacie od rana do nocy. – Raz przyjąłem 80 osób w ciągu jednego dnia. W krajach najbiedniejszych potrzeby są ogromne, ale nie ma stomatologów i ludzie leczą się u szamanów – dodaje „Dentysta w Afryce”. Mało tego, nie zamierza na tym poprzestać. Już snuje plany, aby podobną pomoc zorganizować w Ghanie i Burundi.

Co więcej, dzięki niemu narodził się pomysł zorganizowania opieki okulistycznej dla dzieci w Kamerunie, który realizuje Iwona Filipecka, okulista z Bielska-Białej. – Od kiedy pamiętam, chodziła mi po głowie myśl niesienia pomocy ludziom w biednych krajach, ale nie mogłam się zorganizować. Gdy spotkałam Konrada Rylskiego, okazało się, że w Kamerunie potrzebują nie tylko dentystów, ale też okulistów. Przy pomocy życzliwych ludzi udało mi się zorganizować akcję i przebadac wzrok ponad 1700 dzieci i 100 dorosłych. Na miejscu pozostał specjalistyczny sprzęt, z którego korzysta miejscowa pielęgniarka, a dzieci dostały od nas okulary korekcyjne – mówi Iwona Filipecka. – Były oczywiście problemy, tam ludzie nie znali słowa okulista, dla nich byłam po prostu lekarzem od oczu. Straszne było też to, że diagnozowaliśmy u ludzi jaskrę i zaćmę, ale nie mogliśmy im pomóc, bo nie mieliśmy warunków operacyjnych. Ludzie skazani są tam na leczenie szamańskie, czyli rytuał przy ognisku i kawałek drucika, którym traktuje się oko chorego na zaćmę. Czasem takie metody działają i pacjent chociaż może odróżnić dzień od nocy, ale przecież nie o to chodzić powinno. Myślimy więc

o powrocie i zorganizowaniu przewoźnej sali operacyjnej, a także o zorganizowaniu akcji przebadania wzroku dzieci w innych krajach – dodaje.

Ludzie, którzy mają doświadczenie w wyjazdach z misją medyczną, podkreślają, że nie wolno w tym wszystkim o sobie zapomnieć i przede wszystkim trzeba zadbać o swoje bezpieczeństwo, bo bez tego innym nie pomożesz. Szczepienia, leki, moskitiery, kurs medycyny tropikalnej – o wszystko warto zadbać. Oczywiście niezwykle ważny jest kontakt z misjonarzami, bo to oni wiedzą, jak dogadać się z miejscową ludnością. – Lekarz, który planuje wyjazd, powinien dokładnie sprawdzić, czy organizacja, która go wysłała, jest doświadczona. W przeciwnym razie może się okazać, że po przyjeździe nikt na nas nie czeka i jesteśmy pozostawieni sami sobie – o takich przypadkach słyszałam. Obowiązkowo trzeba też bezpośrednio kontaktować się z ośrodkiem, do którego mamy trafić – przestrzega Justyna Janiec-Palczewska, wiceprezes Redemptoris Missio. Raczej obowiązkowa jest też znajomość języka obcego: francuskiego lub angielskiego, zależnie od rejonu, w który się wybieramy. Niebagatelne znaczenie ma też siła charakteru, odporność na stres i wszechstronność, bo lekarz na misji, nawet z konkretną specjalizacją, to po prostu lekarz, który ma pomóc każdemu, oczywiście w miarę możliwości. – Misje są bardzo wymagające, łatwo się tam zagubić. To droga dla ludzi odpornych psychicznie. Zdarzało się, że musiałem wycofać lekarzy, bo sobie nie radzili – przestrzega Jarosław Gucwa, wieloletni przewodniczący Polskiej Misji Medycznej. Ale takie wyjazdy dają też nieopisane korzyści. – Misje pozwalają spojrzeć na życie tutaj w Polsce z innej perspektywy. Zaczyna się bardziej doceniać to, co się ma – dodaje. ■

*Przy pomocy
życzliwych
ludzi udało
mi się
zorganizować
akcję
i przebadac
wzrok
ponad 1700
dzieci i 100
dorosłych.*

Szwecja

– wszystkim według potrzeb

**Maria
Domagała**

Szwedzki system ochrony zdrowia zakłada równy dostęp wszystkich obywateli do usług medycznych według potrzeb, a nie możliwości płacenia za usługi. Ochrona zdrowia finansowana jest głównie z podatków. Ubezpieczenia odgrywają marginalną rolę.

Zasadę równego dostępu do usług według potrzeb, a nie możliwości finansowych, oraz cel w postaci stworzenia warunków do zapewnienia dobrego zdrowia na równych zasadach dla całej ludności wprowadził The Health and Medical Services Act z 1982 r. Starszym dostęp do bezpłatnej publicznej opieki zdrowotnej i pomocy gwarantuje The Social Services Act z 1980 r. Szwedzki system ochrony zdrowia ma zatem charakter socjalny; za zapewnienia zdrowia każdemu obywatelowi odpowiada państwo.

Świadczenia zdrowotne są finansowane głównie z podatków. Ze środków publicznych pochodzi 80 proc. wydatków na ochronę zdrowia, zaś ok. 17 proc. pokrywają opłaty pacjentów. Dobrowolne prywatne ubezpieczenie zdrowotne finansuje zaledwie 0,2 proc. wydatków. Na pozostałe wydatki składają się granty i dotacje państwowe oraz składki na ubezpieczenie społeczne płacone przez pracodawców. W 2009 r. ogólne wydatki na ochronę zdrowia stanowiły 9,9 proc. PKB Szwecji.

Pacjent płaci...

Wysokość opłat pacjenta (OOP) ustala się lokalnie. W 2011 r. opłata za konsultację GP wynosiła równowartość 11-22 euro (100-200 koron szwedzkich) w zależności od hrabstwa, za poradę specjalisty 25-35 euro, za dobę w szpitalu – 9 euro. Pacjenci poniżej 20. roku życia są zwolnieni z opłat; dotyczy to także usług stomatologicznych, szczepień, badań, konsultacji i leczenia. Dla kobiet poradnictwo przedciążowe i ciążowe badania kontrolne, leczenie i opieka okołoporodowa również są bezpłatne. Seniorzy mają ulgi.

Przed nadmiernymi obciążeniami finansowymi zabezpiecza limit opłat pacjenta. Na przykład pułap opłat za porady medyczne wynosi 122 euro w ciągu 12 miesięcy (od daty pierwszej opłaty), w kosztach leków pacjent partycypuje również do 122 euro rocznie (1100 koron), pozostałe są refundowane (poza lekami OTC). Limit opłat za usługi stomatologiczne wynosi 333 euro w ciągu 12 miesięcy. Limity opłat pacjenta ustala rząd i jest jednakowy we wszystkich hrabstwach.

Około 4 proc. ludności ma prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Większą rolę w finansowaniu świadczeń odgrywają natomiast środki z obowiązkowego funduszu ubezpieczeń społecznych pochodzącego ze składek opłacanych przez pracodawców; zarządza nim Szwedzka Agencja Ubezpieczenia Społecznego. Pokrywają one koszty opieki stomatologicznej, wypłatę zasiłków chorobowych, rentowych, rodzinnych, emerytalnych i innych.

Samorządy hrabstw opłacają leki dla pacjentów w placówkach zamkniętych z własnych środków, zaś na refundację leków recepturowych otrzymują rządową dotację.

Za organizację i finansowanie systemu odpowiedzialne są samorządy hrabstw; ich własnością jest większość szpitali i zarządzają nimi. Istnieje tylko kilka szpitali prywatnych, natomiast świadczenia opieki podstawowej w miastach są prywatne nawet w 60 proc. Zasady rozliczania się z usługodawcami zależą od płatnika (samorządu hrabstwa) i rodzaju usług. W hrabstwach wydaje się aż 70 proc. środków na zdrowie, w gminach 8 proc.; zaś na poziomie centralnym – 2 proc.

Pacjentowi się należy...

Od 2005 r. obowiązuje prawo określone jako nowa gwarancja opieki. Wzmacnia ono pozycję pacjenta, poprawia dostępność i zapewnia równy dostęp do dowolnego rodzaju świadczeń w różnych częściach kraju. Gwarancja ma formułę 0-7-90-90, co oznacza: niezwłoczną konsultację medyczną, poradę lekarza ogólnego w ciągu tygodnia, konsultację specjalistyczną w czasie nie dłuższym niż 90 dni i uzyskanie leczenia do 90 dni od diagnozy. Ważnym celem realizowanym od lat 90. ubiegłego wieku było przesunięcie akcentu z zamkniętej opieki szpitalnej do specjalistycznej opieki otwartej (oferowanej przez szpitale) i podstawowej. Opiekę podstawową świadczy ponad 1100 zakładów (w tym 300 prywatnych). Usługi specjalistyczne świadczone są w szpitalach – ok. 70 publicznych i 6 prywatnych. Około 2/3 szpitali regionalnych to placówki ostre. Wysokospecjalistyczne świadczenia

realizuje 7 publicznych szpitali uniwersyteckich. Około 1200 aptek wydaje leki recepturowe i OTC dla ludności, szpitali i innych służb medycznych. Wybrane OTC są dostępne także w licencjonowanych sklepach.

Pacjent ma prawo...

Prawa szwedzkiego pacjenta są częścią wielu regulacji dotyczących działania i zachowań personelu. Trwają jednak prace nad wzmocnieniem uprawnień pacjenta i jego wpływu na opiekę. Projektowana ustawa o pacjentach ma zapewnić większy wybór usług, sprzyjać poprawie dostępu do informacji i porady, usprawnić komunikację między pacjentem a dostawcą świadczeń.

łęgniarek (UE – 7,9); w sumie w Szwecji pracuje 35 tys. aktywnych zawodowo lekarzy i 115 tys. pielęgniarek. Specjalizację ma 70 proc. lekarzy, jedna czwarta to specjaliści medycyny ogólnej. Kształcenie lekarzy i innych pracowników medycznych odbywa się w szpitalach uniwersyteckich, jest kontrolowane i w pełni finansowane przez państwo. Siedem uczelni przyjmuje rocznie ok. 1600 studentów. Medyczne studia podstawowe trwają 5,5 roku, potem obowiązuje 21-miesięczny staż z medycyny ogólnej, egzamin i ewentualnie kolejne 5 lat specjalizacji. Zapewnienie kadry medycznej jest zadaniem Narodowego Urzędu Zdrowia i Opieki. Wydaje on licencje lekarzom i innym profesjonalistom medycznym na czas nieokreślony. Odpowiedzialność za kształcenie ustawiczne spada na pracodawcę.

Większość pracowników systemu ochrony zdrowia pracuje na etacie, są członkami związków zawodowych, które reprezentują ich w negocjacjach płacowych. Tydzień pracy wynosi 40 godzin, średnie miesięczne wynagrodzenie lekarza – 6300 euro (56 600 koron szwedzkich), dentyści – 4700 euro, pielęgniarki – 3200 euro.

Najzdrowsi i najstarsi w Europie

Oto rezultaty polityki zdrowotnej państwa: oczekiwana długość życia (w 2010 r.) wynosi 83,2 lat – kobiety, 79,1 lat – mężczyźni i w ciągu 30 lat wzrosła o 5,5 lat. Jednocześnie wystąpił skutek uboczny – Szwedzi są jednym z najstarszych społeczeństw na świecie. Spadł odsetek palaczy – jest najniższy w Europie (14 proc. – mężczyźni, 18 proc. – kobiety). Stan zdrowia seksualnego jest dobry – to rezultat pracy oświatowej: 220 poradni dla młodzieży oferuje edukację zdrowotną i świadomego rodzicielstwa, czego efektem jest np. najniższa w UE liczba osób z HIV/AIDS. Antykoncepcję stosuje 80 proc. ludzi w wieku 15–25 lat. Wszystkie kobiety w ciąży objęte są kompleksową opieką medyczną, psychologiczną i edukacją, specjalne programy obejmują kobiety zagrożone np. przemocą. Śmiertelność okołoporodowa dzieci (2,49 na tysiąc żywych urodzeń) i matek należy do najniższych na świecie. Wszystkie dzieci uczestniczą w bezpłatnym programie powszechnych szczepień (obejmują 10 chorób). Problemem jest tendencja wzrostowa chorób psychicznych, alkoholizmu, otyłości.

Chociaż większość Szwedów cieszy się dobrym zdrowiem, ostatnie raporty świadczą o nierównej dystrybucji zdrowia. Wśród osób słabiej wykształconych i o niższym statusie ekonomicznym i społecznym częściej występują np. choroby układu krążenia i cukrzyca, nikotynizm, astma, stany lękowe, problemy dentystyczne, przemoc domowa; niższa jest przeżywalność kobiet z rakiem piersi. Toteż państwo stymuluje działania, które mają zredukować nierówności związane z płcią, edukacją, dochodami i miejscem (krajem) pochodzenia, zaś samorządy skutecznie wdrażają własne rozwiązania występujących lokalnie problemów. ■

Korzystałam z opracowań: „Health Care Systems in Transition: Sweden. Health System Review 2012”, przygotowanego przez European Observatory on Health System and Policy, M. Moks; Szwedzki system ochrony zdrowia – wybrane kierunki jego reformowania, Oeconomia Copernicana 1/2010 oraz źródeł własnych.

Świadczenia zdrowotne są finansowane głównie z podatków. Ze środków publicznych pochodzi 80 proc. wydatków na ochronę zdrowia, zaś ok. 17 proc. pokrywają opłaty pacjentów.

W Szwecji istnieje wiele instytucji działających na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i ochrony jego interesów. Każde hrabstwo i gmina ma komitet ds. pacjentów, który ich wspiera i pomaga w dotarciu do informacji i usługi, tropi nieprawidłowości i dba o likwidację ich skutków. Działa też ponad 100 organizacji konsumentskich i pacjenckich; największa skupia 60 tys. członków. Dostęp do informacji zapewnia telefon informacyjny 1177 o służbach medycznych; oferuje też doradztwo, umawianie wizyt, przedłużanie recept itd. Liczne lokalne informatory internetowe pomagają w wyborze dostawców usług, porównują ich oferty, czas oczekiwania itd.

Zasoby systemu

Szwedzkie szpitale miały (w 2005 r.) ok. 2,2 łóżka na tysiąc mieszkańców (poniżej średniej UE – 3,97); redukcja liczby łóżek szpitalnych jest zgodna z ogólną tendencją europejską. Z kolei liczba pracowników w sektorze należy do najwyższych w krajach OECD. W 2008 r. na tysiąc mieszkańców przypadało 3,7 lekarzy (UE – 3,3), 10,8 pie-



**Joanna
Sokołowska**



Dlaczego kierowca autobusu nie kasuje biletu?

Nie ma głupich pytań. Podobno najlepiej wiedzą o tym ci, którzy spędzili kilka godzin z rezolutnym przedszkolakiem. Dlatego jeżeli ciekawska pociecha zapyta, dlaczego kierowca autobusu nie musi kupować biletu – zastanówcie się głęboko.

Odpowiedź na pytanie dziecka zachwyconego wizją darmowego podróżowania linią miejskiej komunikacji w charakterze kierowcy (miejsce siedzące przy oknie) ma pewien związek z i z waszą zawodową sytuacją.

Po roku obowiązywania przepisów ustawy refundacyjnej oraz kilku szlifach, jakie ten legislacyjny diament zyskał już podczas swego efemerycznego bytu, sprecyzowana została kwestia recept dla lekarzy i ich rodzin. Problem dotyczy niezbyt dużej grupy idealistów i/lub nieudaczników, którzy nie prowadzą własnego medycznego small businessu, a jedynie sprzedają swoją wiedzę poprzez pośrednika zwanego świadczeniodawcą. Dotychczas, zamiast pędzić do POZ-u, zajmować czas koledze i „numerek” bliźniemu w chorobie, nieszczęśnik dotknięty anginą lub walczący z permanentnie podwyższonym ciśnieniem własnej lekarskiej krwi, wypisywał specyfik kojący jego chwilowe lub chroniczne bóle, na receptę z danymi swego plenipotenty. Druk taki opatrzył adnotacją „pro auctore”, dając tym samym do zrozumienia Narodowemu Funduszowi Zdrowia, jako sponsorowi procesu leczenia, znak, że autor tej recepty sam odpowiada za podjętą terapię i nie chce się tą odpowiedzialnością dzielić ze swym pracodawcą.

Możliwość leczenia rodziców, rodzeństwa i potomstwa była zwyczajowo akceptowaną praktyką i nie negowała tego proceduru żadna dotychczasowa władza. Dopisek „pro familia” zapewniał nie tylko łatwiejszy dostęp do leczenia rzeszy około stu sześćdziesięciu tysięcy rodzin lekarskich, ale w pewnym stopniu odciążał system opieki zdrowotnej – z punktu widzenia społecznego takie porady są wszak bezpłatne.

Po analizie ustawy oraz rozporządzeń ministra ustalono jednak wykładnię: lekarzowi nie wolno napisać dla siebie i swoich najbliższych, leku na receptę z oznakowaniem świadczeniodawcy, który go zatrudnia. Może to zrobić, jeżeli podpisze na tę okoliczność odrębną umowę z Narodowym Fundatorem leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Spryciarze, którzy starając się uniknąć odpowiedzialności, takiej „lojalki” z NFZ nie podpisali, zapłacą za leki pełną kwotę, tak jak osoby z jakiegoś powodu objęte ubezpieczeniową banicją. Prawdopodobnie jednak, posługując się drukiem bez kodów paskowych, namaszczać ich na szafarzy dóbr z „funduszwego” koszyka, popelnia jakieś inne wykroczenie.

*Prawda jest
banalna, brutalna
i dziecinnie
prosta – chodzi
o wizerunek
lekarza polskiego,
jako bohatera
zbiorowego.*

O receptach „pro familia” nawet nie ma co rozmawiać! Ponieważ współczesny świat nie jest wolny od zbrodni i wynaturzeń, można łatwo wyobrazić sobie, że rozczarowana latami pożycia żona lekarza zechce dokuczyć mężowi, aplikując mu „pro familie” lek zabójczy w skutkach lub dawce. Odetchnijcie, niewierni mężowie i szpitalne wampy! Minister wytrącił z rąk waszych mściwych współmałżonków farmakologiczne narzędzie zbrodni! Jedna korekta przepisów i już lekarskie, nomen omen familie, mogą spać spokojnie – także rodzinnym eksperymentom medycznym rozporządzenie mówi stanowczo „NIE!”.

Gdzie tkwi jednak przyczyna konsekwentnego ograniczania procesu autoterapii? Czyżby ustawodawca bał się, że polski lekarz, stając się polskim pacjentem, popełni zbiorowe samobójstwo?! Z pewnością i taką możliwość wziął pod uwagę rozważny autor przepisów ustawy. Sam przecież, jadając już chleb z niejednej szpitalnej stołówki, poznał mroczną stronę lekarskiego stanu. Brak lekarzy może nie byłby dla systemu opieki zdrowotnej taki zły, gdyby nie to, że pewnie ministerialni urzędnicy, choć czynią to z niechęcią, ale muszą przyznać, że w obecnej chwili już nikt, poza samymi lekarzami, nie jest w stanie stanąć twarzą w twarz przed pacjentem i wyjaśnić, dlaczego jest tak źle, skoro jest dużo lepiej.

Z dużym prawdopodobieństwem osoba uprawniona do wystawiania recept, jako pracownik zatrudniony przez świadczeniodawcę, jest ubezpieczona, a składkę zdrowotną odprowadza za niego ten sam świadczeniodawca, który figuruje w nagłówku recepty – nie chodzi więc o brak możliwości weryfikacji w systemie eWUŚ. Przypuszczalnie posiada ona dyplom uczelni medycznej, może nawet dyplom specjalizacyjny oraz prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry – nie o brak wiedzy tutaj więc chodzi.

Prawda jest banalna, brutalna i dziecinnie prosta – chodzi o wizerunek lekarza polskiego, jako bohatera zbiorowego. Korzystając z wiedzy popularyzowanej przez tabloidy i coraz bardziej skłaniające się ku gustom przeciętnego czytelnika periodyki, ustawodawca wie, że po lapiduchu spodziewać się można wszystkiego: kłamstwa, cwaniactwa i lekkomyślności.

Lekarz przede wszystkim przecież oszukuje – pracodawcę, pacjenta, Narodowy Fundusz Zdrowia, swego ministra, urząd skarbowy, a nawet kolegów lekarzy. To ostatnie robi nawet lepiej od niewykształconych medycznie pacjentów. Leczy się niezgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. Snobistyczny z natury wybiera leki drogie, bo wiadomo: to, co drogie, jest dobre. To farmakologiczny gadżeciarz – lubi, niepatriotycznie, produkty oryginalne, nie myśli o kondycji nadwiślańskiego przemysłu farmaceutycznego. Jest przekupny i łatwy do skorumpowania. Jest jak kierowca autobusu zaślepiony chęcią łamania przepisów i stanowi zagrożenie – należy go chronić przed samym sobą. Należy chronić przed nim zatrudniającego go świadczeniodawcę.

Jeśli więc dziecko zapyta kogoś z was po raz kolejny: dlaczego pan kierowca nie kasuje biletu, odpowiadajcie zgodnie z najlepszą medyczną wiedzą – dzieje się tak dlatego, że autobus nie jest własnością Narodowego Funduszu Zdrowia. Gdyby bowiem był, pan kierowca kasowałby bilet na każdym przystanku, sprawdzał na pętli, czy ma prawo jazdy i wymierał sobie karę za czas stracony w miejskich korkach. ■

Komentarz do artykułu J. Sokołowskiej „Backpacker” „GL” 01/2013

W artykule „Backpacker” autorka przedstawia „nowy gatunek szpitalnej fauny”: lekarza plecakowego, lekarskiego podróżnika, pełniącego dyżury według własnego planu, niezależnego organizacyjnie i finansowo przedstawiciela wolnego zawodu w pełnym znaczeniu tego słowa.

Fenomen, który opisuje autorka, okreśłany w anglojęzycznych krajach jako *Locum Doctor*, we Francji jako *Medicine Remplacant*, w Szwajcarii *Vikararzt*, a w Niemczech jako *Honorararzt*, po raz pierwszy pojawił się w USA, w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku jako tzw. *locum tenens* i początkowo dotyczył zastępstw urlopowych w praktykach lekarskich, później także w oddziałach szpitalnych. W ostatnim dziesięcioleciu, w wyniku uwolnienia europejskiego rynku pracy, pojawiło i nasiliło się zjawisko emigracji zarobkowej lekarzy.

I tak: absolwenci niemieckich uczelni medycznych oraz młodzi lekarze wyjeżdżają z Niemiec do Szwajcarii, Wielkiej Brytanii, Skandynawii oraz USA (wg danych niemieckich kraj opuszcza 1/3 absolwentów tuż po ukończeniu studiów, nie rejestrując się wcale w izbie lekarskiej, kolejne 30 proc. wyjeżdża w ciągu 5 lat od ukończenia studiów). Na ich miejsce przyjeżdżają lekarze z Austrii, Grecji, Rumunii, Bułgarii, Rosji i Polski. W ostatnich 3 latach do listy imigrantów medycznych dołączyły takie kraje jak Egipt, Syria, Jordania, Afganistan, Jemen.

W 2011 r. z Niemiec wyjechało 3410 lekarzy, natomiast prace w Niemczech podjęło 3039 lekarzy z innych krajów. Na przełomie lat 2011/2012 w Niemczech zarejestrowanych było 28 355 lekarzy spoza Niemiec (dane Federalnej Izby Lekarskiej).

Aktualnie 2/3 klinik niemieckich ma problemy z obsadą etatów lekarskich (przede wszystkim asystenckich i dyżurowych), w tzw. nowych landach (byłe NRD) nawet 81 proc. szpitali zgłasza ten problem.

Prace jako *Honorararzt* podejmują głównie lekarze doświadczeni – nie chodzi tu jedynie o pełnienie dyżurów, często są to zastępstwa ordynatorskie, nadzór nad lekarzem dyżurnym (tzw. *Hintergrunddienst*) czy też prowadzenie praktyki.

Należy podkreślić, że uposażenie lekarza „plecakowego” jest zdecydowanie wyższe od lekarza etatowego – w Niemczech wynosi od 50 do 120 euro za godzinę brutto. Trzeba jednak pamiętać, że w tym przypadku lekarz opłaca sam ubezpieczenie zdrowotne, społeczne, zaliczkę na podatek dochodowy, a za okres urlopu czy choroby nie otrzymuje uposażenia. Jedynie ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej zazwyczaj opłaca pracodawca bądź firma pośrednicząca.

To prawda, że lekarze „plecakowi” stanowią swoistą elitę – nie tylko finansową – są poszukiwani i potrzebni, często rozchwytywani przez firmy pośredniczące (zwłaszcza w okresie świąteczno-noworocznym). Są rozpoznawalni po ubiorze, plecaku (!), samochodzie (często jest to Porsche), a przede wszystkim po zrównoważonym i elastycznym sposobie bycia, na który pozwala ich szeroko pojęta niezależność (w tym miejscu przyznać muszę rację pani Sokołowskiej).

Być może lekarz „plecakowy” jest emigrantem oddziałowym, pozbawionym możliwości prowadzenia SWOICH pacjentów od chwili przyjęcia do dnia wypisu, a nawet dalej – do kontroli po leczeniu, jednak ta forma działalności medycznej została wymuszona przez szereg zjawisk sfery ekonomiczno-organizacyjnej w zakresie opieki zdrowotnej i nic na to nie poradzimy.

Instytucja *Honorararzta* funkcjonuje w Niemczech coraz sprawniej, około połowa lekarzy jest zrzeszona w Federalnym Związku Lekarzy Kontraktowych (*Bundesverband der Honorarärzte*), zapewniającym m.in. opiekę prawną, pomoc przy wyborze kontraktu, ubezpieczenie wypadkowe itp.

Aktualnie problem stanowi napływ lekarzy z krajów spoza Unii Europejskiej, często o niskich kwalifikacjach, bez wystarczającej znajomości języka, ale to już temat do następnego artykułu.

dr med. Krzysztof Klimczak
(Niemcy)



**Sławomir
Pietras**

**Dyrektor
polskich teatrów
operowych**

Nie tylko dobrze **wyjść z męż!**

Często odpowiadam na pytania kierowane z różnych stron Polski przez lekarzy najróżniejszych specjalności dotyczące naszej operowej kooperatywy, skupionej wokół jednego z łódzkich biur podróży.

Od razu zaprzeczam pogłoskom, abyśmy byli rodzajem łoża masońskiej, tajnego związku operowego, organizacją elitarną, do której przyjmuje się tylko właścicieli opasłych kont bankowych, wymagającą członków wprowadzających z językiem włoskim, bo w nim śpiewana jest większość repertuaru operowego. Natomiast z prawdziwą satysfakcją informuję, że zorganizowaliśmy się, aby wspólnie podróżować do najlepszych teatrów operowych świata w celu oglądania najwybitniejszych spektakli operowych w wykonaniu słynnych śpiewaków, dyrygentów i reżyserów, mogących być przykładem dla swych polskich ubogich kolegów.

Po zakończeniu każdego spektaklu w eleganckich restauracjach do późnej nocy uczujemy, dyskutujemy, nawiązujemy nowe kontakty, a jeśli jest to po występie Piotra Beczały, gościmy naszą dumę narodową wraz z małżonką, podziwiając, komplementując i dziękując za przeżyte doznania. Jesteśmy bowiem fanklubem Piotra Beczały i ostatnio oklaskiwaliśmy go w Zurychu („Bał maskowy”), w mediolańskiej La Scali („Cyganeria”), nowojorskiej Metropolitan („Manon”), Salzburgu („Cyganeria”) i w Warszawie („Koncert Jubileuszowy”).

Działamy od 4 lat i mamy za sobą wizyty w Wiedniu, Paryżu, Londynie, Petersburgu, Pradze, Rzymie, Lozannie, Lwowie, Wilnie, Barcelonie, Dreźnie, Bregenz, Berlinie oraz trzykrotnie na festiwalu w izraelskiej Masadzie („Aida, Nabucco”, „Carmen”). W najbliższym czasie przed nami jest Teatro Reale w Madrycie („Poławiacze pereł” z Mariuszem Kwietniem), wiedeńska Staatsoper (ponownie „Cyganeria” z Beczałą), „Norma” w Salzburgu z Cecilią Bartoli w partii tytułowej, „Jezioro łabędzie” w moskiewskim Bolszoj, „Lohengrin” na festiwalu w Bayreuth i jeszcze nieustalony spektakl w teatrze operowym w Odessie.

Każdorazowo wiele zależy od operatywności biura podróży i jego szefowej Marzeny Jezierzkańskiej. Jest nieoceniona, jeśli chodzi o zdobywanie biletów wstępu, zwłaszcza walcząc o najlepsze miejsca na widowni z wielomiesięcz-

nym wyprzedzeniem, co nie jest – jak się niektórym wydaje – sprawą prostą. Rezerwuje najlepsze hotele, programuje atrakcje towarzyskie i turystyczne w czasie każdego pobytu oraz indywidualnie opiekuje się tymi melomanami, którzy sygnalizują słabszą formę, zagubienie lub potrzebę dodatkowej pomocy.

Stanowimy grono osób zaprzyjaźnionych, utrzymujących codzienne kontakty i bywających razem również w polskich teatrach operowych. Reprezentujemy skrajnie zróżnicowane grupy zawodowe. Miło mi skonstatować, że prym wśród nas wiodą lekarze, ponieważ jako zatwardziały hipochondryk zamęczam ich pytaniami o własne zdrowie oraz instrukcję, co w tej materii doradzać niemałej liczbie moich wrogów.

Nie będę ukrywał jedyne mankamentu naszych podróży. Jest nim sprawa kosztów. Są one – sprawdzaliśmy to wielokrotnie – kalkulowane i liczone rzetelnie i transparentnie. Jednak przeloty samolotowe, wstępy do teatrów, muzeów i innych miejsc zwiedzania, co najmniej czterogwiazdkowe hotele, wspólne posiłki i koktajle, koszty przejazdów i przewodników – to wszystko musi kosztować.

Zwykle zbieramy się na kolejną podróż w grupach nieprzekraczających 30 osób. Wtedy możliwe są najcenniejsze kontakty osobiste, szczerza wymiana myśli, przepływ informacji związanych z ulubioną sztuką, a nawet relacje bardziej intymne. Kiedyś napisałem o tym, że nasze – blisko już 300-osobowe grono – powinno posiadać własne biuro matrymonialne. Pewna pani doktor poprosiła mnie, abym tego rodzaju supozycji nie czynił, ponieważ w jej mieście zaczęto plotkować, że bierze udział w podróżach operowych tylko po to, aby dobrze wyjść za mąż!

Reprezentantów medycyny płci obojga zapewniam, że w naszej zagranicznej działalności operowej kryją się takie usługi, o których tutaj z braku miejsca nie wspominam, chociaż mogłyby zaskoczyć i ucieszyć niejednych. ■

Recenzja

**Prof. dr hab.
med. Andrzej
Kierzek**

Bez polityki

Recenzowanie jakiegokolwiek z książek Profesora Tadeusza Kielanowskiego (1905-1992), wybitnego polskiego lekarza, humanisty, filozofa, [...], doktora honoris causa dwóch uczelni – jest zadaniem niezmiernie trudnym. [...] „Bez polityki”, wspomnienia napisane przez profesora Kielanowskiego, obejmujące lata 1905-1959, wydane w Londynie, są lekturą wciągającą, fascynującą, intrygującą.

Potrafił stworzyć lekarski potężny gmach. Właściwie dwa gmachy. Lubelski i białostocki. [...] Na to poświęcił jedenaście lat życia. Po latach swoje siły poświęcił gdańskiej ftyzjatrii. Był człowiekiem, który 3 stycznia 1945 r. w sali nieczynnego jeszcze KUL wygłosił pierwszy po wojnie [...] wykład uniwersytecki. Trzeba było wówczas wszystko zaczynać od podstaw. [...] Profesor Mikołaj Kozakiewicz, socjolog, w przedmowie [...] konstatuje: „...bez wszelkich przemilczeń pisze o ludziach, z którymi przyszło mu współpracować i żyć. Bezlistnie wskazuje, kto z nich był intrygantem, a kto

Najczęściej w lecie

Radio, telewizja i internet, a właściwie za ich pośrednictwem różni producenci albo sprzedawcy czegoś często pytają mnie, „czy wiem, że... coś tam?”

Pytanie powinno być sformułowane w czasie przeszłym, bo zazwyczaj radio, telewizja i internet od razu mnie o tym czymś informują, zatem nawet jeśli dotychczas nie wiedziałem, to teraz już wiem. Niestety, po usłyszeniu odpowiedzi nie odczuwam zadowolenia charakterystycznego dla człowieka porządnie poinformowanego. Przeciwnie – zaczynam się zadręczać własnymi pytaniami. Zwróciłem uwagę na reklamę pewnego „suplementu diety”, który ma pomóc mężczyźnie być jeszcze bardziej mężczyzną. Spot ma kilka wersji. Nadawane są w radiu na zmianę, co kilka godzin. Zaciekały mnie dwie.

1. „Czy wiesz, że 93 proc. mężczyzn w Polsce jest zadowolonych ze swojego życia seksualnego? Dołącz do nich!”
2. „Czy wiesz, że 15 proc. mężczyzn w Polsce najczęściej współżyje w lecie, a tylko 3 proc. w zimie? Popraw te statystyki!”

Zaraz! Po pierwsze, nikt mi w radiu nie będzie składał propozycji, żebyśmy dołączali do obcych mi mężczyzn! Zwłaszcza w takich sprawach!

Reklamy słyszałem na przełomie stycznia i lutego. Czyli w okresie, w którym najczęściej współżyje tylko 3 proc. mężczyzn. Rozumiem, że to 93 proc. z tych 3 proc. jest zadowolonych ze swojego życia seksualnego? A może ci, którzy nie współżyją o tej porze roku, też są zadowoleni? Z faktu, że będą współżyli dopiero latem, a teraz najczęściej nie muszą i mogą odpocząć? Czy to są ci sami? W lecie i zimie? Czyli zimą współżyje najczęściej 3 proc. z tych 15 proc., którzy współżyją latem? A co w tym czasie najczęściej robi reszta mężczyzn, kiedy zaledwie kilka procent przedstawicieli ich płci najczęściej współżyje? Siedzą w internecie, słuchają radia albo oglądają telewizję i zajmują się głupkowatymi rozważaniami na temat reklam „suplementów diety”? Co z wiosną i jesienią? Ile procent

mężczyzn w Polsce jest zadowolonych z cudzego życia seksualnego? Jeżeli „... 15 proc. mężczyzn w Polsce najczęściej współżyje w lecie...”, to czy to oznacza, że reszta w lecie współżyje poza Polską? Czy ma to jakiś związek z rozwojem branży turystycznej? Czy może ze zjawiskiem emigracji? Niby dwa proste przekazy, a tyle wątpliwości.

Żeby nie było, że ja tylko o jednym, to teraz o drugim. Przeczytałem („Gazeta Wyborcza” z 5.02.2013), że Warszawa ma problem z niektórymi byłymi burmistrzami dzielnic. Ich bezterminowe umowy o pracę są tak skonstruowane, że mimo, iż kończy im się kadencja, że odchodzą radni, którzy ich wybierali, ratusz musi im zapłacić za odejście albo zatrudnić. Ale najsmutniejszy jest fakt, że są wśród nich tacy (i to podobno niemało), którzy „... w nową kadencję samorządu wchodzi jako osoby przewlekłe chore lub urlopowane”. Powinno się ostrzegać kandydatów na takie stanowiska, że ich zajmowanie jest niebezpieczne dla zdrowia. Należałoby informować o skutkach ubocznych pełnienia różnych funkcji. Gazeta przytacza konkretne przypadki nagłych zachorowań, które odchodzących gospodarzy dzielnic dopadły równo z końcem kadencji. I to bez względu na przynależność partyjną. Podupada na zdrowiu tak samo lewica, jak prawica i centrum. Jeden z burmistrzów „... zaniemógł z powodu »naciągniętego mięśnia grzbietu« ...”, a członek zarządu dostał „... nawracającego ataku kolki nerkowej lewostronnej”. Na szczęście dolegliwości z reguły mijają po wypłaceniu wynegocjowanej wcześniej odpłaty. I podejrzewam, że 93 proc. byłych burmistrzów Warszawy jest potem zadowolonych. Jedyna propozycja, jaka wpada mi do głowy, to: „Dołącz do nich!”, bo: „Czy wiesz, że koledzy burmistrzów z Warszawy, którzy będą wprowadzali nowe przepisy prawne, zrobią wszystko, żeby poprawić te statystyki?”. ■



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”, konferansjer i satyryk

nieukiem, kto był tchórzem, a kto oportunistą, kto łapownikiem, a kto donosicielem...”. [...] Profesor Kielanowski wielokrotnie dawał świadectwo wierności tradycji, swoich wartości, szeroko pojętego humanizmu. Wydaje się, że aż nadto pojął deontologię jako dziedzinę mającą ukazać najwyższą jakość roli człowieka i lekarza, roli na wskroś służebnej w stosunku



do potrzebującego opieki chorego. [...]

Nie znałem osobiście profesora, mam jednak wrażenie, że [...] źle czułby się w naszych czasach, kiedy brutalne prawa ekonomiczne współczesnego świata tak obojętne są wobec lekceważenia godności chorego [...]. ■

Pełna treść recenzji na
www.gazetalekarska.pl

Cennik transplantacji (w USA)

**Prof. dr hab.
med. Wiesław
Wiktor
Jędrzejczak**

W kontekście wyroku dla doktora G. i kwot, które zostały tam wymienione (łącznie około 17 tys. zł, w tym „1300 zł za przeszczepienie serca”) warto przedstawić ceny za transplantację serca, a także innych narządów, które funkcjonują w Stanach Zjednoczonych: kraju, gdzie zarówno domy, samochody, jak i komputery są tańsze niż w Polsce. Tak się składa, że jedna z czołowych agencji konsultingowych Milligan opublikowała na ten temat raport („2011 U.S. organ and tissue transplant cost estimates and discussion”) obejmujący dane za rok 2011 (ceny w dolarach USA). Raport jest dość szczegółowy i wszystkich zainteresowanych zachęcam do lektury (dostępny w internecie: wystarczy wpisać „cost of heart transplant”). Przedstawię jedynie dane liczbowe ograniczone do tych składowych, które są objęte oddzielnym finansowaniem w Polsce.

kosztową. Kierownik ośrodka transplantacyjnego musi te koszty wliczyć do ogólnych kosztów kliniki. Wreszcie w Polsce w zróżnicowany sposób jest finansowane przeszczepienie od dawcy rodzinnego oraz od dawcy niespokrewnionego, a w tej analizie jest to zryczałtowane i dlatego porównawcze dane dla Polski też zostały uśrednione.

Różnice pomiędzy cenami amerykańskimi a polskimi pokazują też, że nie ma moralnego prawa do oskarżeń kierowanych pod adresem polskiego środowiska lekarskiego. Żadne inne środowisko nie oferuje polskiemu społeczeństwu usług czy produktów o najwyższym stopniu trudności za tak stosunkowo niską cenę osiąganą głównie kosztem redukcji wynagrodzeń. Ta sprawa stawia pytanie: kto tu komu co daje?

Ponieważ impulsem do przedstawienia tych danych jest wyrok dla doktora G., który dotyczy zdarzeń wcześniejszych

Przeszczepienie	Uzyskanie przeszczepu	Koszty hospitalizacji	Oddzielne honorarium lekarskie	Łącznie (USD)	W Polsce (PLN)
Serce	80 400	634 300	67 700	782 400	140 000
Wątroba	71 000	316 900	46 600	435 500	200 000
Nerka	67 200	91 200	18 500	176 900	50 000
Trzustka	65 000	108 900	17 800	191 700	80 000
Płuco	73 100	302 900	33 500	409 500	200 000
Szpik alogeniczny	38 900	419 000	22 400	480 300	200 000
Szpik autologiczny	18 200	198 200	10 800	227 200	52 000
Rogówka	-	16 500	7 900	24 400	7 000

Zachęcam do skonfrontowania tych cen. Ceny w Polsce są podane w pewnym zaokrągleniu, gdyż chodzi raczej o rząd wielkości. Warto zwrócić uwagę, że w żadnym przypadku cena polska w złotych nie jest wyższa od ceny amerykańskiej w dolarach. Ciekawe jest to, że w wycenie amerykańskiej wyodrębnione jest honorarium transplantologa, oprócz kosztów obsługi lekarskiej w samym oddziale. W Polsce, nawet jeśli zespół lekarsko-pielęgniarski dostaje dodatkowe wynagrodzenie, to odbywa się to w ramach kosztów samej procedury. Wysokie koszty hospitalizacji nie są związane z dłuższym niż w Polsce czasem trwania tej hospitalizacji. Przykładowo: w Polsce dla obydwu rodzajów przeszczepień szpiku czas hospitalizacji dla przeszczepień alogenicznych w 2010 r. wyniósł 43 dni, a dla przeszczepień autologicznych 26 dni. W USA odpowiednio 33 i 20 dni. Ponadto w Polsce pobranie i przechowanie przeszczepu autologicznego nie jest w ogóle wyodrębnioną składową

niż rok 2011, to dotarłem do podobnych danych dotyczących przeszczepień serca za rok 2007, w którym to roku doktor G. został aresztowany (strona eHow.com). Wtedy koszt pozyskania serca do przeszczepienia wynosił 90 000 USD, koszty hospitalizacji 383 000 USD, a honorarium lekarskie 40 000 USD. Gdyby więc swoje 132 przeszczepienia serca wykonane w Szpitalu MSWiA w Warszawie doktor G. wykonał w Stanach Zjednoczonych, jego honorarium wyniosłoby 5 280 000 USD, słownie 5 milionów 280 tysięcy dolarów. Wybrał chłopina zły kraj na swoje przeszczepienia.

Na sprawę można też spojrzeć z innej strony. Powstrzymanie doktora G. od wykonywania przeszczepień serca (średnio 30 rocznie) przez 5 lat zaoszczędziło Polsce 21 mln zł, co jest istotną kwotą, do której trzeba jeszcze (też miliony złotych) dodać koszty leczenia immunosupresyjnego po przeszczepieniu. I jedno zastrzeżenie: od tej zaoszczędzonej kwoty należy tylko odjąć koszty pochówku chorych. ■

Zmysłowa anatomia

Nie wystarczy zajrzeć do ludzkiego wnętrza, należy także opisać i namalować widzialne i niewidzialne, objąć nieobjęte, posklejać pokawałkowane. Kiedy pod koniec średniowiecza zaczęto wykonywać sekcje zwłok, pojawiła się też konieczność zobrazowania człowieka, aby dzieło anatoma „nie było bezużyteczne dla tych wszystkich, którym obserwacja doświadczalna jest niedostępna” – tłumaczył Andreas Vesalius.

Jak namalować martwe ciało? Od czego zacząć? Pierwsze „anatomie ilustrowane” stworzył Berengario da Carpi. Ożywił tam szkielety, wprowadził poruszenie, lecz nie chaotyczne, a podporządkowane pewnej symbolice. Wydaje się, że osoby na obrazach uczestniczą w nabożeństwie, a ruch w świątyni to jedynie łagodne przejście z jednej pozy do drugiej. Na tych rycinach umarli sami odsłaniają swoje wnętrza, robią to spokojnie, z majestatem. Patrząc na nich, odnosi się wrażenie harmonii i doskonałości, malarz bowiem podporządkował wszystkie szczegóły jednemu zadaniu, jednej myśli. Podążał za pragnieniem powtórzenia proporcji, odtwarzał kształty i faktury, przypominał odcienie i załamania, dbał o związki pomiędzy narządami. Nie chciał naśladować natury, ale pragnął uchwycić jej lustrzane odbicie. A odbicie może przecież zniekształcać albo upiększać.

Śladami Berengaria podążali inni artyści: Rosso Fiorentino, Perino del Vaga czy Francesco Salviati. Anatomowie natomiast zastanawiali się, jak opowiedzieć człowiekowi, jak „odpowiednie dać rzeczy słowo”. Większość z nich zgadzała się, iż narracja powinna się zacząć od kości. „Są [one] dla budowy człowieka tym, czym belki i mury dla domów, maszty dla namiotów” – objaśniał Vesalius, obdarzony widać jakimś instynktem architektonicznym. Musiało jednak upłynąć dwieście lat, aż Jacques-Bénigne Winslow porównał szkielet do budowli ruchomej: statku, powozu, zegara. Statykę zastąpiono wtedy dynamiką, doceniono zmienność, ruch, który w sztuce pojawił się znacznie wcześniej.

Powróćmy do pierwszych atlasów anatomicznych. Książki o człowieku miały oddać całość, przybliżyć jedność. Poszukiwano języka, który nazwie nienazwane, połączy podzielone. Opisanie natury ludzkiej okazało się bardzo trudne. Nie dosyć, że człowiek przypominał pomniejszony kosmos, ciało ludzkie było odbiciem wyższego porządku, „świat zataczał krąg wokół siebie” – jak pisał Michel Foucault – „ziemia powtarzała niebo, twarze odbijały się w gwiazdach”, to jeszcze królowała teoria humoralna. Według niej organizm składał się z czterech płynów: krwi, flegmy, żółci i czarnej żółci. Przemieszczanie się tych substancji pozwalało żyć. A przecież sekcje zwłok ukrywały ciecze, odsłaniały wyłącznie części stałe. W 1648 r. Jean Riolan Młodszy znalazł takie oto wytłumaczenie: „Anatom, który bada tylko ciało martwe, nie troszczy się o humory i pierwiastki,

lecz bierze pod uwagę tylko części stałe. [...] Zwłoki dostarczają jedynie płynów wyciekających, trudnych do uchwycenia, ginących. Naukowo nic nie mówiących, a nadto uciążliwych. Brudzą one części stałe i utrudniają ich badanie”.

Płyny stopniowo zanikały, podobnie zresztą jak ciała astralne. Nazywano i malowano to, co można było zobaczyć, oddzielić, dotknąć. Zbadać zmysłami (stąd pojęcie *anatomia sensibilis*). Chociaż odkrycia czasem zdumiewały, napotymano na przeszkody, pojawiały się przerwy, nieodmknienia, wyjaśnienia nie całkiem przekonujące, to ludzkie ciało posiadało coraz mniej sekretów.

Nie wystarczy zajrzeć do wnętrza. Należy znaleźć także słowa, które oddadzą zachwyt i rozczarowanie, wyrażą powątpiewanie i zrozumienie. Chociaż ani język, ani malarstwo nie potrafią uchwycić całości, uniknąć wieloznaczności i nieodmówień, opowiedzieć pełni, warto próbować. Toteż od najdawniejszych czasów poszukiwano i zestawiano. Poszerzano granice znaczeń. ■



Agnieszka Kania

Lekarka
dentystka
z Opola,
lekarz
pisarz 2012



Ewa Kutylak, „Śpiew dla aniołów” (1999), z kolekcji prof. Andrzeja Basaja



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Grecja, Czarno-Czerwoni!!!

Każdy kraj ma swoich bohaterów, czy to sportowych, narodowych czy wreszcie wokalnych. Polska ma Biało-Czerwonych, kiedyś miała nawet Niebiesko-Czarnych, Grecy natomiast od zamierzchłych czasów kibicowali drużynom bogów i herosów w dwóch niezmiennych kolorach.

Utrwalone na wazach dramatyczne historie greckich bohaterów rozgrywają się w czerni i czerwieni. Na amforach i kraterach albo z czerwonego tła wyzierają tajemnicze sylwetki mitycznych czarnych potworów albo czerwone ciała herosów wylaniają się z czeluści czerni. Czerwono i czarnofigurowe wazy opiewają kult bosko zbudowanych, wyćwiczonych ciał. Ale i herosom zdarzało się zasłabnąć.

Jedna z attyckich waz przedstawia brodatego herosa z pewną rezerwą poddającego się medycznej procedurze. Sercem tego przedstawienia stają się splecione ręce; to spotkanie idealnie zharmonizowane, bo napięcie pomiędzy opuszczoną ręką pacjenta i podniesioną dłonią medyka równoważy tutaj silny poziom jego drugiej ręki, kontrolu-

jącej przebieg zabiegu. Siedzący medyk z niewzruszonym skupieniem przeprowadza procedurę. Łagodne line fotela lekarza i stroju pacjenta ujmują całą scenę w nawias, wyodrębniając ją z ciemnego tła i nadając jej skupiony, intymny charakter. Heros przygląda się wysiłkom lekarza z zacięciem, ale w jego sylwetce wyczuć się daje właściwe pacjentowi napięcie. Mimo że głowę zwraca w kierunku medyka, to wygięcie jego ciała w przeciwnym kierunku sugeruje podskórną chęć ucieczki.

Czego boi się więc grecki heros, jaką medyczną procedurę przedstawiono na wazie?

Wymień co najmniej dwie choroby, na które miała być ona lekarstwem. ■



„Waza grecka
czerwonofigurowa”,
IV/V w. p.n.e.,
ze zbiorów Luwru, Paryż



*Siedzący
medyk
z niewzru-
szonym
skupieniem
przeprowadza
procedurę.*



Znajdź cztery szczegóły różniące wazy oraz postaw diagnozę: czego boi się grecki heros, jaką medyczną procedurę przedstawiono na wazie? Wymień co najmniej dwie choroby, na które miała być ona lekarstwem.

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

W temacie maila należy wpisać GL03.
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” 02/2013

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Dariusz Gliwiński z Jędrzejowa
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 02/2013

Obraz oryginalny: b

Diagnoza: Ospa

W związku z dużą liczbą e-maili, w których Czytelnicy zastanawiali się, czy aby na pewno na zafatsozowanym obrazie pojawił się czwarty szczegół, potwierdzamy, że szczegół ten, choć ciężki do wykrycia, rzeczywiście się tam znalazł. Chodziło o białe plamy na twarzy pomocnika Jennera. Dziękujemy wszystkim za wytrwałość w poszukiwaniach i zachęcamy do udziału w następnych zagadkach.

Pytanie dodatkowe: Lekarz z rysunku Gillraya to Edward Jenner, uważany za prekursora immunologii. Szczepiąc pacjentów, stara się ustrzec ich przed ospą. Dzięki obserwacji krowy Blossom i jej dojarek zarażonych krowianką, Jenner wpadł na pomysł wykorzystania szczepu tej choroby, do leczenia ospy. Jego innowacyjne metody spotykały się jednak niezadko z niechęcią i nieufnością ze strony pacjentów, a nawet potępieniem ze strony Kościoła, który za nieczyste uważał wykorzystywanie chorób zwierząt w leczeniu ludzi. Gillray w swojej karykaturze prześmiewa wierzenia większości pacjentów współczesnych Jennerowi, którzy panicznie bali się, że jego lekarstwo powodować może pojawienie się nieodwracalnych „krowich” narośli.

Szczegóły różniące obrazy:

1. Dodanie na głowie chorego tuż obok Jennera ptaka.

Jenner, postać dość ekscentryczna, słynął nie tylko z odwagi w testowaniu nowych leków. Oprócz medycyny miał także inne pasje, jak na przykład obserwacja kukulek, stąd umieszczenie ptaka tuż naprzeciw niego nie byłoby zabiegiem do końca absurdalnym.

2. Dodanie na stoliku szklanki z mlekiem.

Mimo że na oryginalnym rysunku Gillray nie umieścił szklanki z mlekiem, jej obecność nie byłaby nieuzasadniona. To właśnie dzięki obserwacji procesu dojzenia krów i zarażania się krowianką Jenner wpadł na pomysł uzyskania szczepionki na ospę.

3. Zmiana obrazka w tle, dodanie tam struktury przypominającej Arkę Noego. W istocie obrazek umieszczony na ścianie ponad głowami chorych przedstawia inną historię, tę o złotym cielcu. Nawiązując do tej biblijnej przypowieści, w której główna rola także przypada krowie, Gillray zdaje się kreślić swoistą analogię pomiędzy oszołomionymi wyznawcami kultu złotego cielca i szalejącymi z przerażenia pacjentami Jennera.

4. Dodanie na twarzy pomocnika w niebieskim płaszczu plam.

Plamy te świadczyłyby dobitnie, że sam najbliższy współpracownik Jennera nie oparł się chorobie, co niewątpliwie wzbudziłoby jeszcze większą nieufność na twarzy kobiety, która już i tak z wyraźną niechęcią poddaje się zabiegowi.

Regulamin konkursu dostępny na stronie www.gazetalekarska.pl.



„Karykatura Jamesa Gillraya”, 1802, ze zbiorów Wellcome Library London

III Charytatywny Bal Karnawałowy

**Artur
Jurczyszyn**

19 stycznia 2013 r. w Jeleniej Górze odbył się zorganizowany przez Fundację Centrum Leczenia Szpiczaka z Krakowa Charytatywny Bal Karnawałowy, po raz kolejny pod honorowym patronatem prezydenta Jeleniej Góry, Marcina Zawiły. Celem było zebranie funduszy na leczenie oraz pomoc Mieczysławowi Królowi-Łęgowskiemu z Zako-

panego, który już od 14 lat zмага się ze szpiczakiem mnogim. Wiemy przecież wszyscy, że „jesteśmy jedni dla drugich pielgrzymami, którzy różnymi drogami zdążają w trudzie na to samo spotkanie...” (Antoine de Saint-Exupéry).

Bal zgromadził ponad 250 osób, głównie lekarzy z Jeleniej Góry i okolic. Zorganizowany został perfekcyjnie przez Lucynę Musiał, żonę zmarłego na szpiczaka mnogiego 1,5 roku temu dra Jana Musiał, oraz Ewę Malec. W czasie balu osobom najbardziej zasłużonym dla wspierania idei powstania Centrum Leczenia Szpiczaka w Polsce wręczono medale szarotki „Nieobojętny aż do szpiku”. Otrzymali je z rąk prezesa fundacji dra Artura Jurczyszyna: Ewa Malec, Andrzej i Bogumiła Poźniakowie, Marcin Zawila oraz doc. Ryszard Czepko. Odbyła się też aukcja dzieł sztuki, z których dochód zasilił cele statutowe fundacji (www.szpiczak.org). Licytowano m.in.: zestaw piór od ministra Władysława Kosiniaka-Kamysza, fotografie Agaty Koszczan z Krakowa, rzeźby Bogdana Czesaka z Krakowa, obraz Pawła Trybalskiego oraz dzieła sztuki innych artystów. Zebrano łącznie 17 076 zł.

Piękną dokumentację fotograficzną można zobaczyć na stronach:

<http://www.nj24.pl/article/wirowali-na-parkiecie-pomogachoremu-na-szpiczaka>

<http://www.portalik24.pl/menu-donosiciel/menu-aktualnosci-z-ostatniej-chwili/1102-iii-bal-charytatywny-wnadziei-na-pomoc-chorym-na-szpiczaka>

Składamy gorące podziękowania Lucynie Musiał, Ewie Malec, Andrzejowi i Bogumile Poźniakom oraz ks. prałatowi Jerzemu Gniatczykowi. ■



FOTO: Artur Jurczyszyn

Serdecznie zapraszamy
do udziału
w

XI Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy,

która odbędzie się w dniach
26-31 maja 2013 r.
w Klubie Lekarza w Łodzi

Na coroczną, Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy, Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza już po raz jedenasty, także w maju – kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisaży.

Koleżanki i Kolegów lekarzy zainteresowanych udziałem w Wystawie prosimy o dostarczenie swych dzieł do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) **do 10 maja br.**

Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach oraz opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania. **Przyjmujemy maksymalnie 2 prace od jednego autora** ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Nowością tegorocznej edycji wystawy będzie przeprowadzenie – obok tradycyjnego plebiscytu publiczności – **konkursu, w którym prace oceni jury złożone z profesjonalistów.**

Wernisaż wystawy odbędzie się **26 maja 2013 r. (niedziela)** o godz. 17:00 w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a wystawa potrwa do 31 maja br. Serdecznie zapraszamy autorów i wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy.

Kontakt: **Iwona Szelewa**,
tel. 42 683 17 01, faks 42 683 13 78,
adres internetowy: biuro@oil.lodz.pl.

200. numer „Pro Medico”

6lutego w Domu Lekarza w Katowicach odbyła się uroczysta gala związana z jubileuszem 200. numeru „Pro Medico”. Pismo Śląskiej Izby Lekarskiej ukazuje się od blisko 20 lat. Jego pierwszym i jedynym redaktorem naczelnym jest dr Żywiśław Mendel. Wręczone zostały specjalne wyróżnienia „Złote Pióra”, które otrzymali lekarze – autorzy, współpracujący z piśmie. Piszącym Koleżankom i Kolegom pogratulował i podziękował Jacek Kozakiewicz, prezes ORL w Katowicach. Słowa uznania dla całego zespołu redakcyjnego wyraził Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. ■

Więcej na www.gazetalekarska.pl.

16-17 marca

Rekolekcje wielkopostne dla personelu medycznego odbędą się 16-17 marca (sobota – niedziela) o godz. 17.00 w bud. przy ul. Floriańskiej 3 obok Katedry Warszawsko-Praskiej. Prowadzi je ks. dr hab. Lucjan Szczepaniak SCJ, lekarz pediatra, zakonnik, kapelan szpitala. Wszystkich zainteresowanych zapraszamy do udziału w tym duchowym wydarzeniu.

Duszpasterz Służby Zdrowia
ks. Arkadiusz Zawistowski



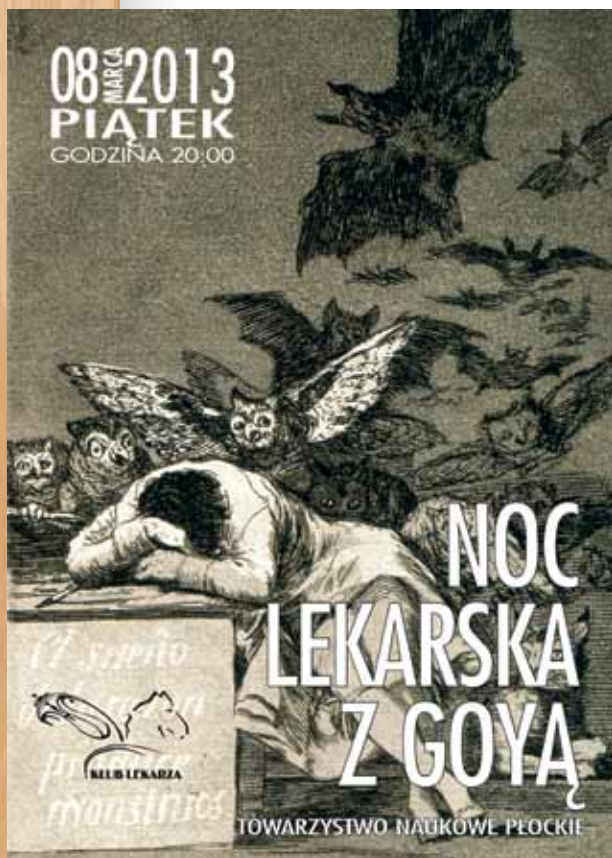
Członkowie redakcji „Medicusa” i „Pro Medico”
wraz z prezesami ORL wszystkich kadencji śląskiego samorządu

Dziękuję

Wszystkim Koleżankom – w marcu 1m szczególnie – i Kolegom Lekarzom oraz Lekarzom Dentystom, którzy zajmują się sztuką pisarską w „Gazecie Lekarskiej” i biuletynach izbowych, składam – przy okazji jubileuszu pisma ŚIL i Dnia Kobiet – wyrazy podziękowania i najlepsze życzenia.

Podczas uroczystości wręczałem laureatom „Złotych Piór” bukiety tulipanów. Nie przypadkowo – skala barw tych kwiatów jest bardzo bogata, podobnie jak wybór tematów i skala wrażliwości w opisywaniu naszych problemów, naszych radości, naszej codzienności. Lekarzom Pisarzom, Poetom, Publicystom jeszcze raz – dziękuję!

Maciej Hamankiewicz
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej



**WARMIŃSKO - MAZURSKA
IZBA LEKARSKA
ZAPRASZA**

**KONKURS
FOTOGRAFICZNY
"KAMIEŃ I WODA"**

Regulamin konkursu na stronie: wmil.olsztyn.pl



IV Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentystów

PULS SŁOWA

Organizatorzy:

Naczelna Izba Lekarska

Komisja Kultury Sportu
i Turystyki OIL
w Warszawie

SZPZLO Warszawa
Praga-Północ

Patronat medialny:

Gazeta Lekarska

Puls

Zdrowa Praga

Informacji udziela:

Majka Maria Żywicka-Luckner

tel. 22 619 42 31

604 286 324

e-mail:

majkazywicka@wp.pl

Regulamin konkursu

1. Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest nadesłanie **pięciu wierszy o dowolnej tematyce lub prozy do dziesięciu stron maszynopisu, w czterech egzemplarzach**. Każdy utwór powinien być opatrzone godłem. Nadesłane prace nie mogą być wcześniej nagradzane ani publikowane.
2. Do zestawu należy dołączyć zaklejoną kopertę, podpisaną tym samym godłem, zawierającą dane autora: imię i nazwisko, adres, numer telefonu, e-mail oraz godło.
3. Prace należy nadsyłać do dnia 30 kwietnia 2013 r. (decyduje data stempla pocztowego) na adres:
**Redakcja „Zdrowej Pragi” 03-719 Warszawa ul. Jagiellońska 34 z dopiskiem:
Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls słowa”.**
4. Jury, w skład którego wejdą znani literaci i krytycy oraz przedstawiciele komitetu organizacyjnego przyzna nagrody i wyróżnienia o łącznej wartości 3 000 zł.
5. Nagrodzone utwory zostaną opublikowane w antologii pokonkursowej.
6. Jury zastrzega sobie prawo do innego podziału nagród.
7. O terminie i miejscu ogłoszenia wyników konkursu i wręczenia nagród laureaci zostaną powiadomieni specjalnym zaproszeniem.
8. Odbiór nagrody możliwy jest wyłącznie podczas imprezy finałowej.

BARDZO SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO UDZIAŁU W KONKURSIE

Organizatorzy

UNIwersytet Medyczny w Łodzi
wraz z SKSR "WOLANT" Łódź i UKS "LOTKA" Łódź
ZAPRASZA NA

II MEDYCZNY PUCHAR BADMINTONA W ŁODZI

I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie



Pod patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi
Hala Sportowo-Widowiskowa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. 6-go Sierpnia 71 w Łodzi

Przyjdźcie i zagrajcie z nami

Wszystkie informacje dotyczące turnieju można uzyskać pod nr. telefonu

☎ **695 86 49 73** lub **668 17 94 08**

Zgłoszenia do dnia 17.04.2013 r. na adres e-mail: robertbibik@gmail.com



UNIwersytet
MEDYCZNY
W ŁODZI



KLUB UCZELNIANY AZS
UNIwersytetu MEDYCZNEGO
W ŁODZI

Sekcja żeglarska
Gdańskiego
Uniwersytetu
Medycznego
zaprasza

**LEKARZY
i studentów
medycyny**
na tygodniowe
rejsy majówkowe
w terminie
**27.04.2013
- 4.05.2013.**

do Barcelony i na
Majorkę i Minorkę
na Sycylię i Wyspy
Liparyjskie
na Sardinie i Korsykę

Wiecej szczegółów
na www.zagle.gumed.edu.pl



II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Squashu

Zapraszamy serdecznie wszystkich lekarzy grających w squasha do udziału w drugich już MP Lekarzy, które odbędą się 8 czerwca w klubie „Stary Hangar” w Gliwicach. Organizatorami mistrzostw są: Naczelna Izba Lekarska, Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL, Śląska Okręgowa Izba Lekarska, Stary Hangar. Dyrektorem turnieju jest Artur Smoleń (kontakt: 123squash@wp.pl, tel. 503 140 422).

Ubiegłoroczna impreza zgromadziła sporą liczbę lekarzy z całej Polski, w tym roku organizatorzy liczą na jeszcze większą frekwencję. Nie zabraknie sportowych emocji, walki i dobrej zabawy. Mecze zostaną rozegrane w kategoriach „open”, „turniej damski”, „turniej +45 lat”. Zapisy trwają do 4 czerwca. Należy wysłać e-mail zgłoszeniowy (123squash@wp.pl), podając: imię i nazwisko, miejscowość, kategorie turnieju (OPEN, DAMSKI, +45), rozmiar gratisowej koszulki turniejowej (S, M, L, XL).

Informacje dotyczące mistrzostw będą pojawiały się sukcesywnie na stronie turniejowej: www.staryhangar.pl.

„Gazeta Lekarska” jest patronem medialnym turnieju.



Znając diagnozę, znajdziemy lekarstwo

Nie jest tajemnicą, że członkowie kolegium redakcyjnego „Gazety Lekarskiej” lubią teatr. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w mecenacie, jaki za własne pieniądze (żeby nikt nie miał wątpliwości) sprawujemy przy wielu kasach teatrów warszawskich i nie tylko.

Zanim przychodzi czas dyskusji o kolejnym wydaniu naszego samorządowego miesięcznika, obarczony wzajemną krytyką i wytykaniem błędów serdecznym palcem, wybieramy się na widowię. Niejednokrotnie w foyer spotykamy koleżanki i kolegów, w tym profesorów, którzy także sympatyzują z Melpomeną. A potem rozmawiamy, rozpatrujemy, rozszarpujemy na drobne każdą postać, słowo, gest, fałsz i prawdę. Trzeba przyznać, że od wodewilu wolimy dramat, jakby mało nam było codziennego obcowania z ludzkimi historiami choroby.

„Życie jest tylko przechodnim półcieniem, nędznym aktorem, który swą rolę przez parę godzin wygrawszy na scenie, w nicość przepada...” – mówi do nas Makbet Williama Szekspira. A my od razu widzimy siebie. Wszak w teatrze codzienności dajemy zwykłym ludziom nadzieję na dłuższą sceniczną frazę, głębszy oddech, mocniejsze bicie serca i niezmacone spojrzenie w przyszłość. Najczęściej nie otrzymujemy owacji i nadzwyczajnej wdzięczności, chociaż spektakularne poczynania reanimacyjne czy chirurgiczne, odejmuje ból mikstury i proszki, uśmierzające świadomość do krwi zdartej skóry maści, zasługują od wieków na aplauz, który w ostatnich latach, z małymi przerwami, zamienia się w buczenie, gwizdy, agresję, przygany, prasowe donosy, krzykliwe tytuły pism szmatławych i opiniotwórczych.

Reżyser lekarz odpowiada w Polsce za wszystkich pozostałych uczestników przedstawienia: strażnika konstytucji, uchwałodawców i wykonawców uchwał, ministra od kultury zdrowotnej, mecenasa funduszy narodowych, dyrektora teatru z oddziałami ratunkowymi i niezapłaconymi nadwykonaniami premierowych zachorowań, wypadków i roszczeń. Medialny spektakl zamienia się w farsę, w której jak zawsze trup ukryty jest w szafie, dopóki nie znajdzie go jakiś wścibski komisarz lub wręcz komisja do badania zbrodni przeciwko nędznemu aktorowi.

Od ponad roku zaangażowałem się w przygotowanie w płockiej izbie lekarskiej Wieczorów Szekspirowskich. Translatoży dzieł niejednokrotnie prosili o pomoc lekarzy, zwłaszcza psychiatrów, którzy wyjaśniali zachowania bohaterów z punktu widzenia zaburzeń osobowości czy wręcz chorób psychicznych wpisanych w postacię tragedii. Właściwie w każdej ze sztuk można znaleźć wątki medyczne, wraz z poszukiwaniem ziół, które mogłyby powstrzymać

troski bohaterów. W kwietniu 2012 r. prof. Witold Malinowski, prezes Polskiego Towarzystwa Gemeliologicznego, gościł podczas wieczoru poświęconego „Komedii omyłek”, w której główne role grają bliźnięta. Na tej kanwie powstał interesujący wykład, w którym sztuka lekarska i dramatyczna, stały się nierozłącznym elementem otaczającej nas rzeczywistości i fikcji, teatru w teatrze, życia w życiu oraz wciąż nierozwiązanych problemów ludzkiej egzystencji, psychiki, wartości zdrowia oraz cierpienia. Wszak Prospero mówi nam, że „Życie to chwila jawy między dwoma snami”, a „Burza” jego myśli jest tajemnicą, której nikt w innym człowieku nie odgadnie.

W marcu obchodzimy Międzynarodowy Dzień Teatru. Na wszystkich scenach pojawią się okazjonalne premiery i list orędzie, kierowany do środowisk twórczych, dotykający istoty współczesnej sztuki aktorskiej oraz kierunków, w jakich powinni podążać kreatorzy przedstawień komicznych i tragicznych. W marcu nastąpi przesilenie wiosenne. Obudzi się nadzieja, stopnieją śniegi i pokruszy się lód, który zastępnym oku niejednego Kaja – po obu stronach rampy. W marcu przeliczone szeregi lekarskie rozpoczną przygotowania do wyboru swojej reprezentacji, która przez kolejne cztery lata, z podestów władzy wyrażać będzie poglądy w imieniu całego środowiska. Czy będzie to monolog czy dialog? Jakże wpiszę przy tekście didaskalia, zależy od nas samych. Oczywiście, jeśli uwierzmy, że jeden głos cokolwiek waży.

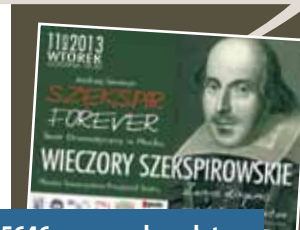
Król Klaudiusz przekonywał, że znając diagnozę zachowań Hamleta, znajdzie się lekarstwo, które wyleczy duńskiego królewicza. Zarówno w teatrze, jak i w życiu, nie zawsze jest to oczywiste. Postawiliśmy już tyle rozpoznań, a nadal nie znajdujemy medykamentów, które przywróciłyby stan równowagi w spektaklu toczącym się wokół nas. Widzowie nie rozumieją naszej kreacji, nie biją braw, nie są z nas dumni. Ale my nie możemy powiedzieć „trudno” i grać swoje. Nasze „miłosierdzie”, wpisane w zawód, powinno nadal przynosić, cytując „Kupca weneckiego”, „błogosławieństwo podwójne, temu, kto daje, i temu, kto bierze”.

W ochronie zdrowia musi dojść do przesilenia, według nowego scenariusza, który nie pozwoli, by wszystko przepadło w nicość... ■



Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL”

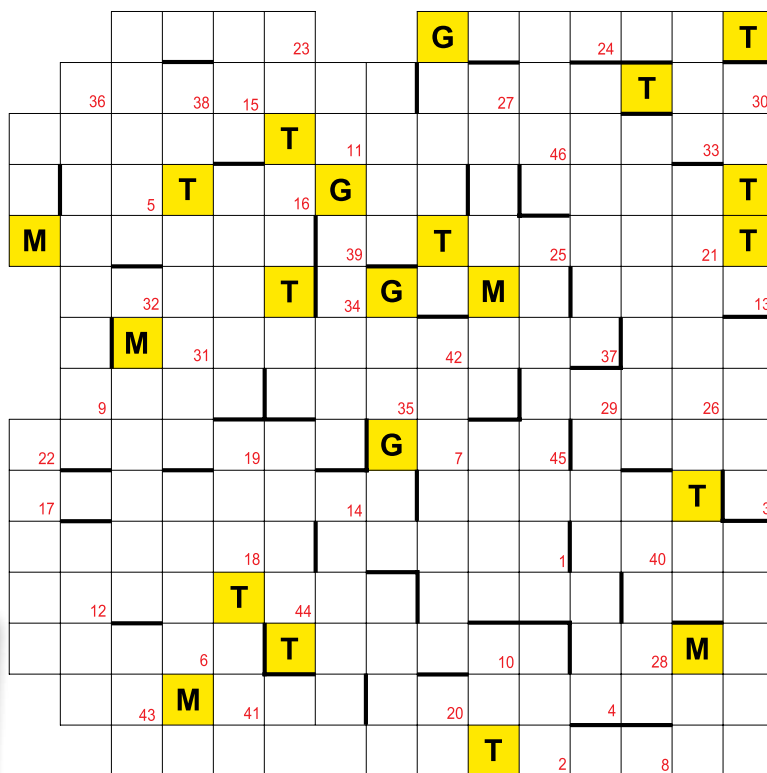


Dla 10 osób, które zadzwonią pod numer 242645646, mamy bezpłatne wejściówki do Teatru Płockiego na spektakl Andrzeja Seweryna „Szekspir forever”. 11 marca, 18:30.

Objaśnienia 72 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery G, M i T. Na ponumerowanych polach ukryto 46 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 kwietnia 2013 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 184 („GL” nr 1/2013)
Nie ma postępu bez herezji. Ludwik Hirsfeld

Nagrody otrzymują: Agnieszka Matuszek (Racibórz), Anna Roszkowska-Stempniewska (Henryków Uroczce), Emilia Wiśniewska (Kielce). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.



* ventriculus * następca Laty * szczyt o wys. 8463 m * obozowy więzień-dozorca * nerwoból * dopóty wodę nosi * jezioro na pd. od bagien Okawango * utrata aktualności * świńska buzia * mąż Kларыssy * rosyjski pokój i świat * konduktorska z GL * team z Ronaldo * dekolt, tors * prezydent Syrii * źródło alony * niechęć * nakreślił „Łowcę jeleni” * tandeta * twórca licznika promieniowania * poprzednik euro * pierwszy bratobójca * cancer * autochton znad Leny * ogół obrzędów religijnych * imię Kazana * czarnowron * płynie w Bernie * zawiązek kwiatu * premier Włoch (1862) * alkaloid z wymiotnicy * najwyższy punkt na sferze niebieskiej * polski Byron * duchowieństwo * antidotum * wzgórze rzymskich plebejuszy * papież, patron końca roku * jego „cywilne” imię * na pn. od tajgi * poprzednia waluta Włoch * imię Bohuna * ukośnik * siderosis * budynek * Troja * kłótnia, burda * obecność wirionów we krwi * przeciwnik ustasza * Giulio, chemik i noblista (1963) * owca stepowa * pracują na krosnach * młodsza epoka kamienna * izba klasztorna * autor „Jak zostałem chirurgiem” * angielskie kino * imię Kurosawy * radio jak globulka * odpowiedzialności zawodowej * uosobienie ludzkiego gniewu * aktor z kukielką * nauka Galtona * imię szachinszacha * europejska dzielnica Stambułu * fructus * nożyk * stłumił spiszek Katyliny * wartość towaru * komórka jelitowa * miejsce i czas powstania dokumentu * największe jezioro Białorusi * obyczaj * uzdrowisko pod Górcami

BJER

**Wydawca:
Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład: 160 430 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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Druk: **Drukarnia Quad/Graphics Europe Sp. z o.o.**

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

