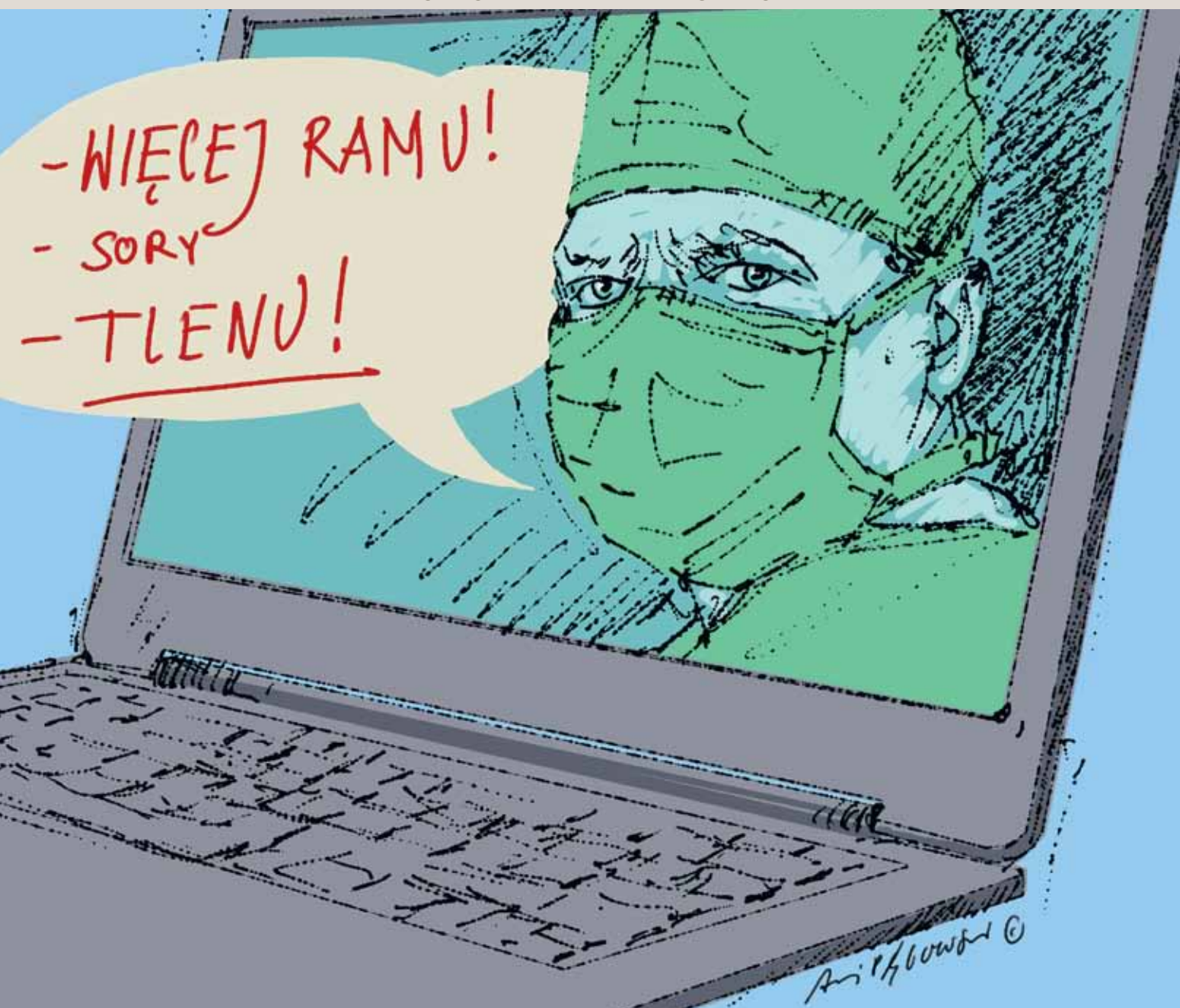


Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



Temat miesiąca
e-Doktor,
czyli informatyzacja s. 11

Praktyka lekarska
Więźniowie
potrzebują lekarzy s. 36

Ochrona zdrowia w UE
Słowenia – sprawny system
zbudowany od nowa s. 44

Spis treści



15



34



44



46

- 4** Na wstępie / **R. Golański:** W imię lepszej przyszłości
- 6** Pierwszym głosem / **M. Hamankiewicz:** Nie jest łatwo i nie będzie
- 8** Skrining
- 10** Obserwacje / **S. Badurek:** Kwadratura SOR-u
- 11** Temat miesiąca: e-Doktor
- 15** Temat miesiąca: Czas na recenzowanie informatyzacji
- 16** Nasi w Europie / **Romuald Krajewski:**
Kształcenie europejskiego specjalisty
- 17** Rozmowa o zdrowiu: Jestem artystą ulicy
- 20** Samorząd: Wyróśli z wielu kultur
- 23** Wybory: Sprawne głosowanie – koniecznością
- 24** Punkt widzenia / **J. Małmyga:** Liczy się człowiek
- 25** Stomatologia:
Specjalizacje w stomatologii – kontrowersji ciąg dalszy
- 26** Stomatologia: Rentgenodiagnostyka
- 28** Prawo i medycyna: Uprawnienia kontrolne NFZ (cz. 2)
- 30** Konsultant krajowy: Transplantologia – potrzeby i nadzieje
- 32** Praktyka lekarska: Zjazd PTMiA
- 33** Biuletyn NRL
- 36** Praktyka lekarska: Więźniowie potrzebują lekarzy
- 40** Praktyka lekarska: Lekarzu, umyj ręce
- 42** Praktyka lekarska: Polska seniorów
- 44** Ochrona zdrowia w UE:
Słowenia – sprawny system zbudowany od nowa
- 46** Indeks korzyści: Chcecie bajki? To nie bajka...
- 48** Z dwóch stron sceny / **S. Pietras:**
Zawodziński, Maćkowiak i Niżyński
List do redakcji: Głos w sprawie UUZ
- 49** Z dwóch stron sceny / **A. Andrus:** Atmosfera gabinetu
- 50** Kultura: Toskania bliska sercu medyka
- 52** Błąd malarski: Do upadłego
- 54** Obrazy medycyny: Aby życie nie zeszło na niczym
- 55** Sport
- 57** Ogłoszenia
- 64** Komunikaty
- 65** Epikryza (31) / **J. Wanecki:** Pascha
- 66** Jolka lekarska

30 kwietnia

Mija termin przysyłania
prac na IV Ogólnopolski
Konkurs Poetycko-
-Prozatorski dla lekarzy
„Puls Słowa”. Informacje:
majkazywicka@wp.pl.

WYBORY

WYBORY

16 kwietnia

OKW ogłosi na swojej
stronie internetowej listy
kandydatów startujących
w wyborach samorządowych
– to formalny początek
kampanii wyborczej.

4-7 kwietnia

W Warszawie odbędzie się
30. Zgromadzenie Delegatów
Międzynarodowego Stowarzyszenia
Studentów Medycyny IFMSA-Poland.
Konferencja jest największym
ogólnopolskim forum studentów
medycyny i młodych lekarzy.
„Gazeta Lekarska” jest patronem tego
wydarzenia. Więcej informacji na
www.warszawa.ifmsa.pl.



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

W imię lepszej przyszłości

Od zarania dziejów rodzaju ludzkiego narzędzia ułatwiały naszym przodkom życie i umożliwiały postęp oraz rozwój. Nie inaczej jest obecnie z elektroniką i informatyką.

Stworzono je po to, abyśmy w pracę wkładali mniej wysiłku i aby była ona bardziej wydajna. Przed polskimi lekarzami i placówkami medycznymi era informatyzacji. Początkiem był, czy też jest, system eWUŚ. Jego wprowadzeniu na początku bieżącego roku towarzyszyło wiele obaw i protestów, ale ostatecznie, po kilku tygodniach funkcjonowania, ich nie słychać. Nauczyliśmy się korzystać z przydatnego narzędzia czy nie mamy siły zgłaszać uwag, bo wiemy, że to nic nie da? Przed nami kolejny etap. Po NFZ-cie będzie nas informatyzowało Ministerstwo Zdrowia. Czasu niby jest sporo, bo zgodnie z przyjętymi przepisami każdy lekarz i lekarz dentysta, każda poradnia i szpital będą zobowiązani wprowadzić elektroniczną dokumentację medyczną do 31 lipca 2014 r. Prawdopodobnie w roku 2015 wszyscy lekarze będą musieli dysponować łącznością internetową. Nawet ci, którzy wystawiają recepty tylko sobie i najbliższemu. Czy to realne? Czy to konieczne? Więcej o tej sprawie w temacie miesiąca i w felietonie „Pierwszym głosem”. Problem jest na tyle ważny, że w kolejnych numerach „Gazety Lekarskiej” będziemy zamieszczać informacje o czekających nas działaniach informatyzacyjnych.

Najbliższe miesiące to czas wyborów w naszym samorządzie zawodowym. Kończy się bowiem kolejna kadencja. Proszę się nie dziwić, że w każdym numerze naszego pisma ten temat jest omawiany. Mamy bowiem przed sobą rewolucyjną zmianę: głosowanie korespondencyjne. Taka formuła jest

przyjęta w wielu krajach i w wielu organizacjach, także w Polsce. Dla nas będzie to jednak nowością i wielu z nas zastanawia się, jak te wybory przebiegną. O szczegółach informuje w specjalnej rubryce przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej, Paweł Susłowski. Ja przypomnę jednak, że osoby, które nie zgłoszą poprzez odesłanie lub zawieszenie do izby okręgowej otrzymanej do domu karty do głosowania, będą miały możliwość zagłosowania do urny wyborczej w swoim miejscu pracy w określonym dniu. Nie będzie zebrania wyborczego. Już teraz należy zgłaszać kandydatów do pracy w samorządzie. Z informacji, które uzyskałem w rodzimej izbie okręgowej, wynika, że mimo możliwości dokonania zgłoszenia kandydata poprzez stronę internetową izby dominuje pobranie od pracownic izby karty zgłoszenia i po wypełnieniu przekazanie jej z powrotem. Ważniejszą informacją było dla mnie to, że tych zgłoszeń jest na razie bardzo mało. Ale przywykliśmy do tego, że większość z nas zostawia załatwianie spraw na ostatnią chwilę. Mam nadzieję, że nie ma racji jeden z moich kolegów, który stwierdził, że lekarze w ostatnich dniach bardziej są zainteresowani popularnym w mediach problemem jednomandatowych okręgów wyborczych przy wyborach do sejmu, niż wyborami w izbie lekarskiej. Jestem zdeklarowanym zwolennikiem wyborów korespondencyjnych i myślę, że uda nam się zmobilizować koleżanki i kolegów do skorzystania z nowej, nowoczesnej formuły. ■

**W imieniu Kolegium Redakcyjnego, Redakcji,
autorów i współpracowników „Gazety Lekarskiej”
Lekarzom i Lekarzom Dentystom
składamy życzenia zdrowych Świąt Wielkanocnych
i Wiosny, która przywróci radość życia
oraz pozwoli na refleksję nad godnym
i sumiennym wykonywaniem naszych profesji
w służbie człowiekowi!**



OC w praktyce lekarza

Dlaczego warto się ubezpieczyć. Kiedy zgłosić szkodę. Jak ważne znaczenie dla rozstrzygnięcia ma prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej.

Od kilku lat lekarze wykonujący zawód w innych formach niż umowa o pracę objęci są obowiązkiem ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania tych świadczeń (dawniej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu czynności zawodowych). Rośnie też liczba pacjentów dochodzących roszczeń związanych z tego typu szkodami, wysokość wysuwanych przez nich żądań i kwot zasądanych w postępowaniach sądowych.

Mimo takiego stanu rzeczy wielu praktykujących lekarzy wykazuje niechęć do korzystania z możliwości, jakie wiąże się z zawarciem umowy ubezpieczenia. Wypada wobec tego przedstawić argumenty, które pozwolą ją przełamać.

Zawierając umowę ubezpieczenia zyskuje Państwo ochronę przed roszczeniami pacjentów, za którą trzeba było zapłacić składkę. Choćby z tego powodu trzeba z niej korzystać.

W razie zgłoszenia przez pacjenta roszczeń związanych ze szkodą związaną ewentualnie z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi należy mu niezwłocznie wskazać zakład ubezpieczeń, z którym zawarto umowę OC i numer polisy. Na tym etapie są to zupełnie wystarczające informacje i niecelowe jest rozpoczynanie polemiki z twierdzeniami przedstawionymi przez pacjenta. O zgłoszeniu szkody lekarz powinien również sam powiadomić zakład ubezpieczeń, w którym był ubezpieczony w czasie udzielania świadczeń. Nie może to być w żaden sposób potraktowane jako przyznanie racji pacjentowi, czy uznanie jego roszczeń, a prowadzi do przerwania biegu przedaw-

nienia (zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty odszkodowania z powodu upływu pewnego czasu od zdarzenia).

W momencie zgłoszenia szkody ciężar kontaktów z często roszczeniowym i wrogo nastawionym do lekarza pacjentem przechodzi na zakład ubezpieczeń. Dzięki temu można uniknąć zwykle nieprzyjemnych spotkań i rozmów. Kontakty pomiędzy lekarzem a ubezpieczycielem będą z pewnością łatwiejsze. Ubezpieczyciel ma ustawowo określony, trzydziestodniowy termin na rozpatrzenie zgłoszonych żądań, co ma niebagatelne znaczenie dla niecierpliwych zazwyczaj pacjentów. Korespondencję z pacjentem prowadzi zakład ubezpieczeń i to on ma z nim bezpośredni kontakt. Rola lekarza sprowadza się do złożenia ubezpieczycielowi wyjaśnień (często odpowiedzi na konkretne pytania), udostępnienia dokumentacji niezbędnej do likwidacji szkody. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej pozwala na żądanie od lekarza przekazania informacji niezbędnych zakładowi ubezpieczeń do ustalenia prawa do odszkodowania lub świadczenia, a także określenia jego wysokości i w tym zakresie zwalnia z tajemnicy lekarskiej.

U ubezpieczyciela rozpoznawanie zgłoszeń pacjentów odbywa się z udziałem lekarza, co powinno gwarantować profesjonalne załatwienie sprawy pod kątem medycznym. Zakłady ubezpieczeń mają również uprawnienia do badania okoliczności niezbędnych do rozstrzygnięcia sprawy, choćby żądania informacji od innych podmiotów udzielających pacjentowi świadczeń. Może to mieć niebagatelny wpływ na ustalenie osoby odpowiedzialnej za szkodę.

Należy pamiętać, że zakład ubezpieczeń ma również możliwość zawarcia ugody

z pacjentem, jeśli uzna ją za korzystną. Zwykle jednak nie zaakceptuje ugody zawartej bezpośrednio przez lekarza z pacjentem, nawet jeśli jej warunki byłyby doskonałe.

We wszystkich tego typu sprawach wyjątkowo ważne dla rozstrzygnięcia (czy to decyzji zakładu ubezpieczeń, czy wyroku sądowego) ma prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej. Dokonywanie w niej wszelkich niezbędnych wpisów, w sposób przewidziany przepisami, może przesądzać o wyniku sprawy. Lepiej, jeśli istotne w sprawie okoliczności wynikają wprost z wpisów w dokumentacji, a nie z późniejszych zeznań świadków. Ze względu na oczywistą rozbieżność interesów strony postępowania widzą je odmiennie i dają temu wyraz w składanych zeznaniach czy wyjaśnieniach.

Jeśli pacjent bezpośrednio, czy też niezadowolony z decyzji zakładu ubezpieczeń (przy odmowie wypłaty lub wypłaceniu sumy mniejszej od żądanej), skieruje sprawę do sądu, pozwany lekarz powinien zawiadomić sąd, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej, wskazać ubezpieczyciela i numer polisy oraz żądać wezwania ubezpieczyciela przez sąd do wzięcia udziału w sprawie po jego stronie.

Będąc obowiązkowo ubezpieczonym od odpowiedzialności cywilnej lekarz nie powinien mieć żadnych wątpliwości i korzystać z ochrony ubezpieczeniowej w przypadku roszczeń, z którymi występują przeciwko niemu pacjenci.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

*Nie mogę się
pogodzić
z kolejnymi
kosztami
ponoszonymi
przez lekarzy
i lekarzy
dentyстів.*

Nie jest łatwo i nie będzie

Kolejne ogniwo naszego systemu zawiodło. Tym razem nocna i świąteczna opieka medyczna oraz ratownictwo medyczne. Być może nasi lekarze też, ale byłbym ostrożny z ferowaniem wyroków i powtarzaniem, że to вина „czynnika ludzkiego”.

Zastanówmy się, co zrobilibyśmy, gdyby w naszej opiece został powierzony pacjent po świeżym zawale, którego trzeba by było przetransportować po operacji z oddziału ortopedycznego na oddział kardiologii. Czy każdy z nas przeniósłby go na noszach, przykrywając kocem, czy czekał na profesjonalną karetkę, która ma zabezpieczenie podstawowej funkcji życiowej? Czy narażalibyśmy pacjenta na zimno i wstrząsy w trakcie transportu? Za niewłaściwy transport chorego z zawałem serca grozi postępowanie z zakresu odpowiedzialności zawodowej i konkretne sankcje. Tymczasem w szerokim gronie administratorów ochrony zdrowia usłyszałem, że można takiego pacjenta przenieść na inny oddział przez podwórko nawet na plecach. Powód? Bryndza finansowa i brak zabezpieczenia transportu całodobowego. Media już „powiesiły” niejednego szpital i poradnię za uprawianą partyzantkę wynikającą z niedostatków kadrowych i finansowych. Została ukarana nawet pomoc tam, gdzie jakiś desperat lekarz pediatra w poczuciu przysięgi, jaką składał, próbował wykonać w pojedynkę pracę, którą powinno realizować trzech pediatrów. Takie sytuacje wskazują tylko, że system wymaga gruntownych zmian.

Poza luźnymi zapowiedziami zmiany sposobu finansowania systemu POZ, mającego na celu stopniowe odchodzenie od stawki kapitałowej w kierunku finansowania efektu zdrowotnego, docenić należy wolę Ministra Zdrowia powrotu do bazy dla ochrony zdrowia, jaką stanowić powinna pediatria i interna. System POZ oparty jedynie na lekarzach specjalistach medycyny rodzinnej jest oceniany jako niewystarczający do zapewnienia właściwej opieki nad pacjentami. Potwierdzają to ilość i rodzaj skierowań do lecznictwa zamkniętego, wskazujących na problemy, z którymi lekarz rodzinny nie jest w stanie sobie poradzić w lecznictwie otwartym. Pacjenci obiegający izby przyjęć i SOR-y też świadczą o niedostatkach w lecznictwie POZ.

Oprócz pomysłu ministra tworzenia praktyk internistyczno-pediatrycznych jako POZ, trzeba zbudować system ambulatoryjnej opieki specjalistycznej internistycznej i pediatrycznej. Te poradnie z jednej strony według doświadczeń amerykańskich są w stanie zabezpieczyć 80 proc. potrzeb specjalistycznych, które w polskich warunkach kierowane są do wąskospecjalistycznych poradni. Z drugiej strony poprzez ich pracę możliwe byłoby zmniejszenie naporu na najdroższy typ leczenia, jakim pozostaje leczenie szpitalne. Bez względu na to, jaki byłby

odbiór społeczno-polityczny, należy racjonalizować wykorzystywanie potencjału medycznego ochrony zdrowia. Jedną z metod wykazujących skuteczność jest mechanizm finansowy niewielkich opłat przy korzystaniu z porad lekarskich i hospitalizacji.

Świetlaną przyszłość polskich pacjentów zapewni e-system. Ministerstwo zdrowia podjęło się karkołomnej, ale priorytetowej w skali globu ziemskiego misji stworzenia wirtualnej obsługi pacjenta poprzez informatykę. Nie licząc się z kosztami, rozpoczęto prace pilotażowe nad kontem pacjenta zakończone sukcesem. Za jedyne 3,5 mln zł osiągnięto efekt: konto założyło 49 osób, chęć do jego posiadania zgłosiło około 270, a jak informuje CISOZ – 500. Pokazuje to stopień przygotowania polskiego społeczeństwa – zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Gratulujemy skutecznego wydania 3,5 mln zł na uzyskanie wiedzy, którą można było zdobyć, otwierając okno i wyglądając na ulicę. Teraz czeka nas pomysł kolejny: prototyp zintegrowanego konta i e-Recepty, który będzie kosztował kolejne miliony złotych. Są jednak i słowa pociechy dla lekarzy. Wydane pieniądze unijne będą niewątpliwie skutkowały darmowym dedykowanym interfejsem graficznym do elektronicznej dokumentacji medycznej. Upprzedzam, że wytłumaczeniu tych słów nie pomogą specjaliści języka polskiego. Zapewniam Was natomiast, że pociągnie to za sobą konieczność wysupłania z naszych kieszeni pieniędzy na zakup sprzętu komputerowego, dostępu do sieci – najmniej około 2 tys. komputer i 50 zł dostęp do internetu. Deklaracja udostępnienia oprogramowania przez CISOZ dla lekarzy prawdopodobnie obejmować będzie moduł standardowy. Chcąc zaspokoić pełne potrzeby, będzie trzeba uzupełnić oprogramowanie. By oszacować ilość pieniędzy, jaką od dziś powinniście zaoszczędzić na ten cel, to około 5 tys. zł plus później coroczny abonament. Oczywiście mam świadomość, że tych środków lekarz nie osiągnie w efekcie rabunku bankowego. Będą one stanowiły element kosztów świadczenia zdrowotnego. Dlatego też podjąłem już interwencję w tej sprawie do Ministra Zdrowia. Nie mogę się bowiem pogodzić z kolejnymi kosztami ponoszonymi przez lekarzy i lekarzy dentyстів. Ponadto z dotychczasowych doświadczeń wynika, że ilość czasu poświęconego choremu znowu się zmniejszy. A zatem trzeba będzie się uczyć stawiania diagnozy rzutem szybkiego spojrzenia w źrenicę oka, bo na wywiad, badanie fizykalne i intelektualny proces myślenia czasu już nie będzie. ■



Minister Bartosz Arłukowicz na posiedzeniu Prezydium NRL

Minister Arłukowicz spotkał się z Prezydium NRL

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz odpowiedział pozytywnie na zaproszenie Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza i przybył na posiedzenie Prezydium NRL 8 marca 2013 r. Zaproszenie było efektem wypowiedzi medialnych ministra oraz wystosowanego oświadczenia Prezesa NRL i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Jolantę Orłowską-Heitzman 3 marca 2013 r. w związku ze śmiercią dziecka, która miała miejsce w Łodzi. „Pan Minister, który obiecywał, od początku swojego urzędowania, współpracę z samorządem lekarskim, nie zajął się zmianą systemu nocnej i świątecznej opieki, na której wady wskazywaliśmy. Nie podjął nawet dyskusji na temat złego funkcjonowania ratownictwa medycznego, pracy lekarzy w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć. Wskazywane przez samorząd lekarski błędy tego systemu, z jakim codziennie w pracy spotykają się lekarze, nie zostały przez Pana Ministra dostrzeżone. Dramatyczna organizacja systemu opieki zdrowotnej oraz biurokratyzowanie zawodu lekarza, w tym także lekarza zajmującego się małymi pacjentami, świadczą o Panu Ministrze źle – nie tylko w kontekście administratora, ale i lekarza pediatri” – napisał Prezes NRL i NROZ.

Na spotkaniu z ministrem Prezydium NRL zadeklarowało merytoryczną pomoc w reformowaniu i naprawianiu ratownictwa medycznego oraz nocnej i świątecznej opieki medycznej. NROZ zaznaczyła, że zajęła się sprawą śmierci małej dziewczynki i zbada, czy w tej sprawie nie doszło do naruszenia zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej przez któregośkolwiek z lekarzy. Mówiono przede wszystkim o niedofinansowaniu systemu, braku lekarzy pediatrów, przeciążeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych, złym wyposażeniu SOR-ów dla dzieci, odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Wskazano ministrowi na konieczność wprowadzenia możliwości tworzenia POZ przez lekarzy pediatrów i internistów. Jak podkreślił prezes NRL, to pozwoliłoby na odciążenie SOR-ów oraz izb przyjęć. Zaproponowano model wyjazdowej opieki lekarskiej, gdzie jeden dyspozytor kwalifikuje zgłoszenia i ustala, czy do chorego jedzie zespół ratowniczy, czy też zespół nocnej, świątecznej opieki lekarskiej. Minister Arłukowicz zaznaczył, że

rozważy taki model oraz podkreślił, że ma świadomość niewystarczającej liczby lekarzy pediatrów. Rozmawiano o wspólnym wyjaśnieniu sprawy śmierci 2,5-letniej Dominiki prowadzonej przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Minister obiecał odrębne spotkanie z Naczelnym Rzecznikiem i ze zrozumieniem przyjął prośbę zobowiązania konsultantów krajowych do zapoznawania się z problemami dotyczącymi ich specjalizacji, które powtarzają się w skargach składanych do organów odpowiedzialności zawodowej. Zapewnił, że wkrótce MZ prześle do uzgodnień zewnętrznych założenia do ustawy o decentralizacji NFZ. Poinformował także, że resort zdrowia pracuje nad ustawą o konsultantach krajowych.

NIL zaprasza młodych lekarzy na szkolenia

Naczelna Izba Lekarska rozpoczyna projekt szkoleniowy dla lekarzy, którzy nie ukończyli 35. r.ż., są w trakcie stażu lub specjalizacji. Szkolenia dla uczestników są bezpłatne i za udział w nich przydzielane są punkty edukacyjne.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

przychodzi baba DO MŁODEGO LEKARZA...

...i co jej powiesz?

SZKOLENIA BEZPŁATNE DLA LEKARZY I INTERNIŚCI

punkty edukacyjne

Do udziału w szkoleniach przystępują lekarze i interniści do 35. roku życia, którzy ukończyli studia lekarskie i są w trakcie stażu lub specjalizacji.

Naczelna Izba Lekarska przygotowuje do projektu szkoleniowy dla...

„Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę”

Informacje o projekcie szkoleniowym w formie ulotki, plakatu, broszury, czy też w formie audiowizualnej, można uzyskać w NROZ, ul. Świdzińskiego 13B, Warszawa, tel. 22 580 80 47, e-mail: nro@nro.org.pl, www.nro.org.pl

Szkolenie będzie obejmowało sześć dni szkoleniowych oraz tematy dotyczące psychologii i prawa w ochronie zdrowia. Cztery dni poświęcone będą efektywnej komunikacji z pacjentem, przekazywaniu trudnych informacji, rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych, radzeniu sobie z manipulacją i agresją ze strony pacjentów. Szkolenie obejmuje też kwestie umiejętności negocjacji, asertywnej komunikacji i wykorzystania własnego potencjału oraz radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym. Dwa dni będą poświęcone tematom z zakresu odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej, zasad kontraktowania i rozliczania świadczeń z NFZ, wystawiania recept na leki refundowane, organizacji pracy, roli samorządu zawodowego.

Pelny tytuł projektu brzmi: „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę”. Projekt jest realizowany na podstawie umowy z Ministerstwem Zdrowia i współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Informacje można uzyskać w Biurze Projektu, ul. Sobieskiego 110, Warszawa, tel. +48 22 558 80 47, e-mail: mlodylekarz@hipokrates.org oraz na stronie www.nil.org.pl, a następnie na www.mlodylekarz.org.

Punkty edukacyjne

– porozumienie izb lekarskich

15 marca br. przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej spotkali się z przedstawicielami izb Słowackiej i Czeskiej. Omawiano praktyczne wykorzystanie porozumienia podpisanego w grudniu ubiegłego roku o wzajemnym uznawaniu kształcenia w ramach ustawicznego doskonalenia zawodowego lekarzy. Izby uzgodniły, że będą wzajemnie uznawać dokumenty potwierdzające ukończenie szkolenia. Na mocy tego porozumienia Naczelna Izba Lekarska poparła i zarekomendowała okręgowym izbom lekarskim oraz Wojskowej Izbie Lekarskiej uznawanie, w zakresie przewidzianym obowiązującymi przepisami prawa polskiego, dokumentów potwierdzających, że polski lekarz i lekarz dentysta ukończył szkolenie organizowane przez Czeską lub Słowacką Izbę Lekarską oraz przez inne podmioty uprawnione do organizowania kształcenia zgodnie z przepisami obowiązującymi w Republice Czeskiej i Republice Słowacji, jako dokumentów potwierdzających odbycie określonych form doskonalenia zawodowego lekarzy.

Za odbycie tych szkoleń przysługiwać będą punkty edukacyjne w liczbie ustalonej na podstawie przepisów prawnych regulujących doskonalenie zawodowe w poszczególnych państwach z tym, że 1 punkt edukacyjny za udział w kursie medycznym, kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym odbytym w jednym z tych państw, przysługujący za 1 godzinę kształcenia, odpowiada 1 punktowi edukacyjnemu w pozostałych dwóch państwach. ■



**Sławomir
Badurek**

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

*Od cukru jest
diabetolog,
od troponiny
kardiolog,
od kreatyniny
nefrolog
i tak dalej.
[...] Po kilku
godzinach jest
po wszystkim
i wyposażony
w plik badań
oraz opinii
niezadowolony
pacjent może
udać się do
domu.*

Kwadratura SOR-u

O ratownictwie medycznym głośno robi się, gdy ktoś gdzieś nie wysłał karetki, kogoś nie przyjął, nie dość dokładnie zbadał itp. Łatwo tedy o fałszywy obraz rzeczywistości, gdzie zamiast lekarzy, ratowników i pielęgniarek są migające się od pracy ich karykatury.

Tymczasem pogotowie ratunkowe i szpitalne oddziały ratunkowe pracują na pełnych obrotach. Zwłaszcza te ostatnie przyjmują z roku na rok coraz więcej pacjentów, a tempo tego wzrostu zupełnie nie przystaje ani do demografii, ani do organizacji systemu, gdzie podobno każdy ma swojego opiekuna w osobie lekarza POZ. Tym fenomenem zainteresowała się Najwyższa Izba Kontroli. Kontrolerzy przeanalizowali pracę wybranych oddziałów ratunkowych w latach 2009-2011. Zasadniczy wniosek z opublikowanego pod koniec ubiegłego roku raportu okazał się wiernym opisem rzeczywistości: SOR-y przyjmują w większości pacjentów, którzy nie wymagają pilnej pomocy. W niektórych przypadkach jest to zdecydowana większość, bo aż 80 proc. porad. Strzyka w kręgosłupie? Podskoczyło ciśnienie? Wzrosła temperatura? Skończyły się leki albo cierpliwość w oczekiwaniu na wizytę u specjalisty? Hajda do szpitala! A jak nie przyjmą, zrobi się karczemną awanturę rejestratorce albo postraszy lekarza tefalenem lub poczytną bulwarówką. I z reguły przyjmują.

Zakłada się więc szanownemu pacjentowi kartę i sadza do kolejki. W szpitalnej poczekalni może sobie pacjent ponarzekać na służbę zdrowia. I bardzo często z tego niepisanego prawa korzysta w taki sposób, że tylko słowa przypominające o systematycznym płaceniu składek nadają się do zacytowania. A potem bada szanownego pacjenta doktor. Zazwyczaj młody i niedoświadczony, bo wśród lekarzy szpitalnych dyżury w SOR-ze uchodzą za najcięższe, najtrudniejsze i są traktowane jak zsyłka. Doktor nadrabia brak doświadczenia badaniami dodatkowymi. W badaniach często są odchylenia. Bo chory coś zjadł albo wypił, a niekiedy były już od lat, tylko wyniki zostały w domu. Odstępstwa od norm niepokoją młodego i niedoświadczanego lekarza, bo za progiem – wiadomo – nie tylko tefalen razem z poczytną bulwarówką, ale i prokurator lub jakaś ważna komisja od zdarzeń medycznych, czyli w potocznym rozumieniu błędów lekarskich. Do SOR-u wołani są więc specjaliści. Od cukru jest diabetolog, od troponiny kardiolog, od kreatyniny nefrolog i tak dalej. To nasz rodzimy odpowiednik brytyjskiego systemu konsultanckiego. Po kilku godzinach jest po wszystkim i wyposażony w plik badań oraz opinii

niezadowolony pacjent może udać się do domu. Napisałem „niezadowolony”, no bo rzadko który jest zadowolony, skoro każe mu się tak długo czekać, podczas gdy on „całe życie” płacił na tych „darmozjadów”, „nierobów” czy jak ich tam jeszcze nazwie. Nie muszę dodawać, że niezadowolony jest lekarz dyżurny, który ma w ciągu dyżurowej doby kilkadziesiąt podobnych wyzwania. Na tej samej zasadzie nie są zadowoleni konsultanci. I dyrektor szpitala też nie jest zadowolony, bo dziś SOR-y są obok oddziałów intensywnej terapii jednostkami generującymi największe długi.

Problem narasta od lat, a jego rozwiązanie wydaje się kwadraturą koła. To jednak tylko pozory. Zgadza się z zawartym we wspomnianym raporcie NIK wnioskiem, że kluczem do zmian na lepsze jest „poprawa dostępu do opieki ambulatoryjnej”. Uściślijmy: chodzi przede wszystkim o POZ. Niby, jak już wspomniałem, każdy ma swojego lekarskiego opiekuna, niby w opiece podstawowej nie ma limitów, niby z porad można korzystać nie tylko do przepisowej osiemnastej w dni powszednie, bo jest przecież nocna i świąteczna pomoc, ale jak tak zachorować i gdzie się wybrać, to okazuje się (wcale nierzadko!), że owszem można, ale do czternastej albo po czternastej, a najlepiej jutro albo, jeśli to weekend, w poniedziałek. Inny, bardzo dobrze znany wszystkim dyżurnym ze szpitalnych oddziałów ratunkowych, problem to nagminne kierowanie do szpitala „na przebadanie”. Nie neguję, że to w każdym przypadku bezzasadne, ale jeśli badania nie są pilne, lekarz POZ powinien za taką diagnostykę płacić. Co do specjalisty, to nawet zdecydowana poprawa dostępu do świadczeń nie przebiję SOR-u wielospecjalistycznego szpitala, gdzie w świętek czy piątek, o dowolnej porze dnia i nocy, można bezpłatnie skorzystać z konsultacji specjalisty oraz rozbudowanej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Dlatego last but not least sorowska rejestracja nie może być miejscem pracy dla przysłowiowej „panienki z okienka”, a doświadczonego i odpowiednio przeszkolonego dyspozytora z wykształceniem ratowniczym lub pielęgniarzem, rozstrzygającego, czy zgłaszający się wymaga pomocy w szpitalu, czy w ambulatorium. Tylko czy Jurek Owsiak podpowie to wszystko ministrowi Arłukowiczowi? ■

e-Doktor

Od początku 2013 r. mamy system eWUŚ. Jako kolejny krok informatyzacji służby zdrowia planowane jest wprowadzenie Projektu P1. Co czeka lekarzy w związku ze zmieniającym się otoczeniem informatycznym w gabinetach i placówkach medycznych?

W 2000 r. Rada Europy przyjęła Strategię Lizbońską. Wyznaczono w niej m.in. funkcje, jakie powinny spełniać techniki informacyjno-komunikacyjne (ICT) dla rozwoju ochrony zdrowia. Następnie w dokumentach eEurope 2005 Information Society for All oraz w eHealth Action Plan 2004 określono szczegółowe działania dla e-Zdrowia w Europie. Polska podpisała wspomniane dokumenty, a tym samym zobowiązała się do opracowania i wdrażania usług ICT w ochronie zdrowia. Zadanie wypełnienia nałożonego na nasz kraj obowiązku w tym zakresie powierzono Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – jednostce utworzonej w 2000 r. i podległej Ministerstwu Zdrowia, która odpowiada m.in. za przygotowanie Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia.

CSIOZ przygotowuje obecnie do wdrożenia kolejnych z projektów wchodzących w skład wspomnianego programu – Projekt P1, czyli „Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”. To przedsięwzięcie, na które Unia Europejska przeznaczyła ok. 712 mln zł. W ramach wdrażania P1 można spodziewać się m.in. wprowadzenia Internetowego Konta Pacjenta, e-Recepty, e-Zwolnienia i e-Skierowania. Z pewnością będzie potrzebna też e-Cierpliwość.

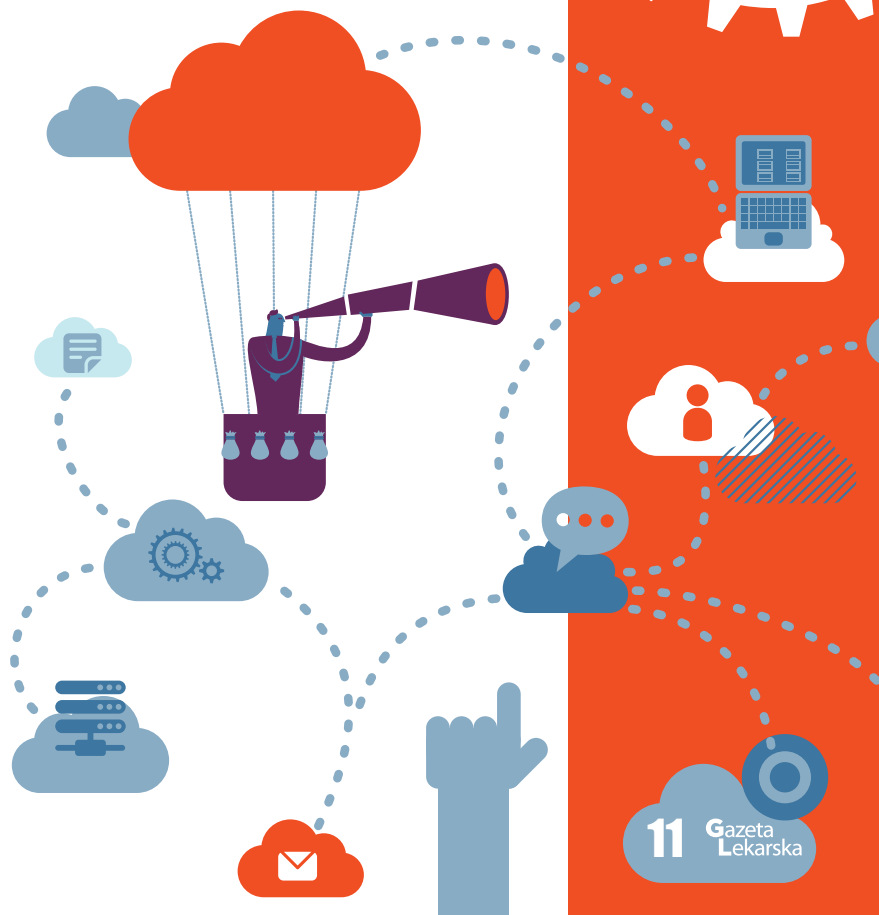
Pierwsza była eWUŚ

System działa od 1 stycznia. Jak informują pracownicy CSIOZ, eWUŚ, czyli Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców, pozostaje w kompetencjach zarządczych NFZ. – CSIOZ pomaga jedynie przy tworzeniu strony informacyjnej na temat systemu eWUŚ (www.ewus.csioz.gov.pl), ale samego systemu nie tworzy, to jest domena NFZ – podkreśla Katarzyna Maćkowska, kierownik Wydziału Informacji i Promocji CSIOZ. Wszelkie merytoryczne aspekty systemu eWUŚ leżą po stronie funduszu.

Pierwsze miesiące działania systemu pokazują, że najwięcej pytań w systemie eWUŚ pojawia się między godziną 7 a 9 rano. O godz. 8 pada średnio 338,5 tys. zapytań. Z danych NFZ wynika, że system obsługuje średnio 2,1 mln zapytań każdego dnia – przy czym w dzień roboczy wartość ta wzrasta do 2,75 mln, a w dzień wolny od pracy spada do 586 tys. Jak in-

formuje NFZ, dzięki możliwości zalecanego przez fundusz automatycznego sprawdzania numerów PESEL pacjentów raz dziennie, znacząco skrócono czas weryfikacji uprawnień. Obciążenie systemu zostało rozłożone na całą dobę, a system eWUŚ funkcjonował sprawnie i bez opóźnień. Na przykład w warszawskim Szpitalu Bielańskim uruchomione sprawdzenie uprawnień 200 pacjentów zajęło około 20 sekund, a w warszawskiej przychodni internistyczno-specjalistycznej przy ul. Jagiellońskiej 34, mającej zapisanych na dany dzień 2800 pacjentów, taka weryfikacja trwała około 5 minut. Jak podkreśla fundusz, poprawia się jakość oprogramowania wykorzystywanego przez świadczeniodawców, co wpływa na eliminowane zjawiska

Marta
Jakubiak,
Katarzyna
Strzałkowska





wielokrotnego zapytania o ten sam numer PESEL w ciągu jednego dnia.

Dla kogo tak naprawdę stworzono system weryfikacji ubezpieczenia pacjentów i kto najbardziej skorzysta na jego wprowadzeniu? – eWUŚ to dobre rozwiązanie dla obywateli. Jest też źródłem danych pozwalających na poprawienie działalności służby zdrowia – mówił minister Michał Boni podczas zorganizowanej na początku lutego konferencji prasowej. Chcieliśmy spotkać się z panem ministrem, by porozmawiać o wdrożonych już i planowanych innowacjach informatycznych w sektorze ochrony zdrowia. Niestety nie znalazł dla nas czasu, a dokładnie – utknęliśmy na poziomie biura prasowego, które z tygodnia na tydzień odrazało wyznaczenie terminu spotkania.

Chętnie o eWUŚ rozmawiali natomiast przedstawiciele NFZ. Jako główny powód wprowadzenia systemu eWUŚ podają uproszczenie sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez pacjenta. I dodają, że korzyści z wprowadzenia tego systemu jest więcej i są one istotniejsze dla procesu budowy zintegrowanego systemu informatycznego, jak również dla organizacji udzielania świadczeń. Innym pozytywnym skutkiem działania systemu eWUŚ jest poprawa jakości i wiarygodności danych gromadzonych i przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU) prowadzonym przez ZUS, a wykorzystywanym przez NFZ, m.in. poprzez korektę w zakresie dokonywania zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego oraz wyrejestrowywania z niego pacjentów.

Korzystanie z systemu eWUŚ nie jest jednak ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy, a jedynie zalecanym sposobem potwierdzania uprawnień pacjentów do świadczeń finansowanych przez NFZ (można sprawdzić dokument ubezpieczenia lub przyjąć oświadczenie). Czy zarządzenie prezesa NFZ dotyczące np. POZ na 2013 r., a nakładające na świadczeniodawców POZ obowiązek korzystania z tego systemu – tzn. zobowiązujące świadczeniodawcę do uzyskania dostępu do eWUŚ – jest zatem zgodne z prawem? – System eWUŚ powstał tak naprawdę w wyniku protestu lekarzy i jest w ich interesie. Potwierdzanie uprawnień pacjenta do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych stanowi rękojmię rozliczenia udzielonych świadczeń przez oddział wojewódzki NFZ. Z przepisów wynika, że pacjent może potwierdzić swoje uprawnienie do świadczeń za pośrednictwem systemu eWUŚ, zatem udzielający świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest zobowiązany do zapewnienia mu takiej możliwości – wyjaśnił Andrzej Troszyński, rzecznik NFZ.

A co w sytuacji, gdy lekarz pracuje w placówce, która nie ma podpisanego kontraktu z NFZ i nie korzysta z weryfikacji eWUŚ, ale jest uprawniony do wypisywania leków refundowanych – czy powinien sprawdzać ubezpieczenie każdego pacjenta, któremu wypisuje

receptę na leki refundowane i przekazywać raport do NFZ o weryfikacji ubezpieczonego? Jak informuje NFZ, lekarz, który ma podpisaną umowę z funduszem tylko na wystawianie recept refundowanych, nie sprawozdaje raportu z wystawionych recept – informacje o zrealizowanych receptach refundowanych fundusz otrzymuje z aptek.

I w tym miejscu pojawia się kolejna wątpliwość. Świadczeniodawcy mają obowiązek weryfikować ubezpieczenie, nie mają natomiast obowiązku (ani ustawowego, ani wynikającego z umów z NFZ) przekazywania kodów autoryzacji ani przechowywania ich w swoich zasobach kodów autoryzacyjnych wydanych z systemu e-WUŚ. Czy zobowiązanie świadczeniodawców do wypełniania takiego obowiązku nie wymaga aneksowania wcześniej zawartych umów, skoro nakłada się na nich nowe obowiązki? Z przekazanych przez NFZ informacji wynika, że świadczeniodawcy mają obowiązek sprawozdawać kody autoryzacyjne wydane z systemu eWUŚ do oddziałów wojewódzkich NFZ, ponieważ obligują ich do tego przepisy zarządzenia 103/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24 grudnia 2012 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, a co za tym idzie – nie ma potrzeby aneksowania umów.

A co w sytuacji, kiedy w czasie pobytu pacjenta w szpitalu wygaśnie jego ubezpieczenie? Czy NFZ zapłaci świadczeniodawcy za zrealizowane świadczenie? Jak informuje płatnik, NFZ finansuje jedynie świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom ubezpieczonym. Osoby, które nie mają uprawnień do świadczeń ze środków publicznych, będą musiały same pokryć koszty. Czy to oznacza, że świadczeniodawcy będą musieli zmierzyć się z jeszcze jednym zadaniem – ściąganiem należności od pacjentów?

System eWUŚ to dopiero początek informatyzacji ochrony zdrowia w Polsce. Działa i wydaje się, że swoje podstawowe zadania spełnia. Jakie inne cele poza weryfikacją ubezpieczenia pacjentów zostaną mu przypisane, czas pokaże. Z pewnością NFZ będzie chciał wykorzystać ten system jak najpełniej. Przyszłość odpowie też na pytanie, jak CSIOZ poradzi sobie z realizacją głównego celu Projektu P1, czyli budową elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia. – Pod koniec jesieni tego roku planujemy pierwsze wydanie produkcyjnej wersji P1. Chcemy uruchomić w tym czasie e-Receptę, e-Skierowanie, e-Zlecenie oraz e-Zwolnienie. To będzie tak naprawdę początek działania tworzonego przez nas systemu – deklaruje Andrzej Wąciór, zastępca dyrektora ds. teleinformatycznych w CISOZ.

IKP, czyli Internetowe Konto Pacjenta

W opracowywanej właśnie Platformie P1 ma się znaleźć informacja o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski niezależnie od płatnika, a także obywateli Unii Europejskiej i innych krajów, którzy

Korzystanie z systemu eWUŚ nie jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy, a jedynie zalecanym sposobem potwierdzania uprawnień pacjentów do świadczeń finansowanych przez NFZ (można sprawdzić dokument ubezpieczenia lub przyjąć oświadczenie).

skorzystają ze świadczeń zdrowotnych na terenie Polski. Gromadzenie tych danych to jasno określony cel projektu. Pacjent będzie miał dostęp do informacji o swoim stanie zdrowia, a dane będą gromadzone na tzw. Internetowym Koncie Pacjenta (strona w wersji testowej www.ikp.gov.pl).

System ma zawierać informacje o zdarzeniach medycznych. Dokumenty będą wymieniane pomiędzy podmiotami udzielającymi świadczeń, czyli placówkami medycznymi, w tym pracującymi w nich lekarzami i lekarzami prowadzącymi praktyki. Celem jest zapewnienie sprawnej diagnostyki i ciągłości leczenia pacjenta, a także zaopatrzenia go w produkty lecznicze i wyroby medyczne.

Podstawowa informacja, która znajdzie się w systemie, to elektroniczna dokumentacja medyczna, a dokładnie odnośniki (linki) do dokumentacji medycznej, czyli informacja o tym, gdzie znajduje się elektroniczna dokumentacja medyczna. W jednym miejscu zostanie zgromadzona kompletna historia choroby i leczenia. Ma zapewnić łatwy i szybki dostęp do wszystkich danych medycznych, takich jak: usg, rtg, wyniki badań laboratoryjnych. Dostęp do historii choroby pacjenta mógłby znacznie ułatwić lekarzowi planowanie leczenia. Jednak, jak zazna-

cza Katarzyna Maćkowska z CISOZ, lekarz będzie miał dostęp tylko do tych danych, które udostępni mu pacjent. – Jeżeli pacjent zdecyduje, że lekarz ma pełen dostęp do danych, lekarz zobaczy na koncie pacjenta ICD 10, czyli rozpoznanie, i ICD 9, czyli procedury medyczne zastosowane wobec pacjenta. Proszę jednak traktować te informacje jako wstępny zamysł projektowy. Na tym etapie prac jest jeszcze zbyt wcześnie, by odpowiedzieć na pytanie, jak ostatecznie ten dostęp lekarza będzie wyglądał – podkreśla. Nie wiadomo też, czy lekarz będzie mógł w systemie porównywać wyniki badań, np. dokonać zestawienia wyników eGFR. – W obecnym kształcie projektu nie ma takiej możliwości, co nie oznacza, że to się nie zmieni. Na bieżąco konsultujemy zmiany projektu, m.in. z przedstawicielami środowiska lekarskiego – zaznacza CISOZ.

Według obecnie obowiązujących przepisów, każdy lekarz i lekarz dentysta będzie musiał wprowadzić elektroniczną dokumentację medyczną do 31 lipca 2014 r. Od 1 sierpnia 2014 r. lekarz będzie miał obowiązek gromadzenia danych w postaci elektronicznej albo na swoim komputerze, albo w swoim systemie szpitalnym lub gabinetowym – jeśli zdecyduje się korzystać z usług zewnętrznej

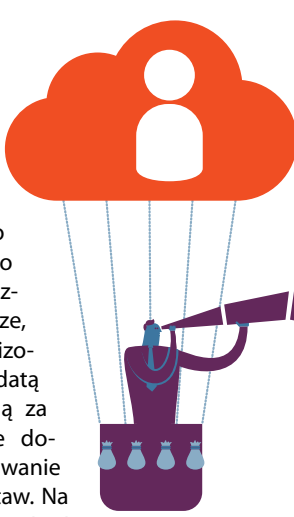


firmy. Wiele przychodni POZ i praktyk lekarskich już gromadzi dane w formie elektronicznej i prowadzi elektroniczną dokumentację medyczną, która działa dzięki usłudze wykupionej w firmie zewnętrznej. Koszt, jaki trzeba ponieść z tego tytułu, uzależniony jest od tego, z jakich modułów w ramach oprogramowania się skorzysta. W 2011 r. oprogramowanie do przychodni z trzema gabinetami i rejestracją kosztowało ok. 4500 zł. Od tego czasu pojawiło się kilka nowych ciekawych modułów, dodatkowo płatnych.

Dedykowany interfejs graficzny

Obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej do końca lipca przyszłego roku muszą spełnić wszyscy lekarze i lekarze dentyści, także ci, którzy prowadzą uproszczoną dokumentację medyczną i wystawiają recepty wyłącznie dla siebie i członków swojej rodziny. Naczelna Rada Lekarska apelowała do Ministra Zdrowia o wyłączenie tej grupy lekarzy z obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji, jako że większość z nich stanowią lekarze emerytowani. Samorząd wskazywał na technologiczną barierę, jaką stanowić może elektroniczna dokumentacja dla lekarzy seniorów. Niestety, jak czytamy w odpowiedzi wiceministra Sławomira Neumanna, będą musieli tę barierę przejść, bo elektroniczna dokumentacja pacjenta nie może być rozpatrywana w oderwaniu od pozostałych rozwiązań składających się na realizowany projekt, np. Internetowego Konta Pacjenta czy elektronicznej recepty. Jak zaznaczył wiceminister, dane niezbędne do wytworzenia elektronicznej recepty w znacznej mierze pokrywają się z danymi, jakie powinna zawierać uproszczona dokumentacja medyczna. Jak wynika z podanych przez ministra informacji, każdy lekarz musi być uczestnikiem Projektu P1.

Na pocieszenie minister podkreśla, że w związku z realizacją tego obowiązku lekarze nie poniosą kosztów wdrożenia własnych systemów, ponieważ projekt zapewni lekarzowi taką usługę przez dedykowany interfejs graficzny. Zapytaliśmy Andrzeja Wąciora, zastępcę dyrektora ds. teleinformatycznych w CISOZ, co termin ten oznacza. – W ramach Programu P1 planujemy wydać aplikację webową dla usługodawców i aptek, czyli aplikację dostępną przez każdą przeglądarkę internetową. Nie trzeba kupować własnego systemu. Wymagany jest jedynie dostęp do internetu. Aplikacja jest tworzona również na urządzenia mobilne – wyjaśnia dyrektor Wącior. Z deklaracji takiej wynika, że w 2015 r. wszyscy lekarze muszą mieć łącze internetowe.



e-Recepta

Elektroniczna recepta to kolejny element Projektu P1. – Myślę, że będzie to najczęściej używana funkcjonalność – twierdzi dyrektor Wącior. e-Recepta będzie zintegrowana z Internetowym Kontem Pacjenta. Pacjent będzie miał wgląd do informacji o lekach zleconych

przez lekarza i wykupionych w aptece oraz dostęp do listy tańszych zamienników leków. Lekarz otrzyma zaś dostęp do wykazu leków w obrocie i do charakterystyk produktów leczniczych. Nie wiadomo jeszcze, czy system będzie się aktualizował automatycznie zgodnie z datą obwieszczenia. Być może będą za każdym razem dwa tygodnie dostosowawcze, np. na opublikowanie obwieszczenia w Dzienniku Ustaw. Na pytanie, jak to się ma do odpowiedzialności za błędy na recepcie popełnione w tym czasie – odpowiedzi nie ma.

Podobnie w przypadku wystawiania recept na leki refundowane: system będzie automatycznie wyświetlał informację o możliwym poziomie refundacji, ale wyboru poziomu odpłatności w przypadku konkretnego pacjenta nadal będzie dokonywał lekarz. – System nie określi automatycznie poziomu odpłatności. Dobór leków będzie możliwy z wykorzystaniem kodu EAN – substancji, które nie mają kodu EAN jest mniej niż tysiąc – informuje Katarzyna Maćkowska. Z założenia e-Recepta ma uprościć przepływ informacji o receptach wystawionych w systemie, poprawić ich czytelność i eliminować ryzyko fałszowania recept przez osoby nieuprawnione. Jako korzyść dla lekarza wymienia się możliwość kontrolowania interakcji leków oraz uczuleń na leki, a także oszczędność czasu pracy. Lekarz będzie też mógł się dowiedzieć, kiedy pacjent zrealizował receptę i czy w ogóle to zrobił. Lekarze są jednak sceptyczni: wypisują przecież to samo, tylko w systemie, a nie na papierze. Pacjent będzie mógł realizować leki zlecone przez jednego lekarza w różnych aptekach, po wykupieniu leku, aptekarz nie będzie widział w systemie danej e-Recepty.

Realizowane testy

Prototyp internetowego konta pacjenta był już testowany w Krakowie, od stycznia do października 2011 r. W programie uczestniczyło trzy tysiące pacjentów chorych na cukrzycę. Chętnych do założenia konta było około 500. Dużo lepiej wypadło testowanie prototypu e-Recepty w Lesznie. Od marca do września 2011 r. 16 lekarzy wystawiło w tym czasie 14 450 recept. Obecnie planowany jest test prototypu zintegrowanego Internetowego Konta Pacjenta i e-Recepta. Trwa podpisywanie umów z chętnymi ośrodkami w Gdańsku, Grudziądzu, Jaworznie, Krakowie, Lesznie, Miliczu, Wrocławiu, Zgorzelcu, Zielonej Górze i na warszawskim Żoliborzu. – Czekamy na wszelkie sugestie i uwagi ze strony lekarzy testujących prototyp – mówi Katarzyna Maćkowska. – Będziemy chcieli na bieżąco je wprowadzać, by udoskonalać system i czynić go jak najbardziej funkcjonalnym dla samych zainteresowanych – dodaje.

W kolejnych wydaniach „Gazety Lekarskiej” opublikowany zostanie cykl artykułów e-Medycyna poświęconych informatyzacji służby zdrowia. ■

Obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej do końca lipca przyszłego roku muszą spełnić wszyscy lekarze i lekarze dentyści, także ci, którzy prowadzą uproszczoną dokumentację medyczną i wystawiają recepty wyłącznie dla siebie i członków swojej rodziny.

Czas na recenzowanie

informatyzacji!



Informatyzacja w medycynie jest procesem – tak jak w całym współczesnym życiu – nieodwracalnym. W jaki sposób jednak powinniśmy postępować, by to nowoczesne narzędzie było przyjazne dla naszego środowiska lekarskiego?



Informatyzacja coraz ściślej opasuje naszą lekarską rzeczywistość. Bieg jej wprowadzania jest nieuchronny, jednak doszło zapewne do pewnej dysharmonii polegającej na tym, że w jej rozwoju bierze się przede wszystkim pod uwagę jej sprawność służebną dla potrzeb administracyjno-sprawozdawczych czy prawnych (np. wynikających z raportowania do płatnika czy zapewnienia ochrony danych osobowych), a dopiero na dalszym planie pozostaje sprawność związana z ułatwieniem procesu diagnostyki czy leczenia.

Taki właśnie charakter procesu związany jest z niechęcią naszego środowiska do angażowania się w sprawy pozostające poza ściśle medycznym działaniem. Nie mamy często ochoty czy czasu recenzować akty prawne, a także współdziałać w praktycznych wymiarach informatyzacji. Administrującym natomiast w ochronie zdrowia – w różnych aspektach tej działalności – wygodnie jest przyjąć pozycję minimalnego zaangażowania, często pozbawionego wnikliwego i pełnego wyobraźni działania związanego z regulowaniem działalności medycznej, której pewne aspekty są możliwe zasadniczo do zrozumienia wyłącznie przez lekarza lub – zdecydowanie rzadziej – przez kogokolwiek z branży pokrewnej, pod warunkiem jednak obdarzenia wyjątkowo rozbudowaną wyobraźnią.

Wydaje się nieuświadomioną chyba jeszcze odpowiedzialnością przedstawicieli lekarskiego środowiska konieczność recenzowania i ewentualnego piętnowania nieprzyjaznych systemów informatycznych, szczególnie dotyczących szpitali. Dlaczego nikt jeszcze nie pokusił się o sporządzenie

nie ich rzetelnego rankingu, by wskazywać – także w kontekście podejmowania decyzji administracyjnych – możliwe najlepsze? Jednym z problemów jest pewne wyalienowanie dość znaczącej, a nade wszystko wpływowej, części środowiska lekarskiego, która zajmując znaczniejsze stanowiska, nie podejmuje wysiłku bądź czuje się zwolniona z recenzowania ewentualnej opresji informatycznej, niekiedy nie będąc nawet tego faktu świadoma.

Nie ukrywam, że jako lekarz zanurzony z jednej strony w działania administracyjnych, jednak faktycznie codziennie „praktykujący”, często czuję się niezrozumiany, nie umiem właściwie ukazać abstrakcji administracyjno-informatycznych ryzykujących powodowaniem uciążliwości w działalności lekarskiej. Począwszy od wyrażenia tego, że często zwyczajnie mi wstyd za to, że spoglądam nie w oczy pacjenta, lecz w ekran komputera. Czy taka powinna być ewolucja wykonywania naszego zawodu? ■

Powyższe jest ważną naszą powinnością. Informatyzacja musi pomagać, a nie przeszkadzać w spełnianiu w naszym zawodzie tego, co najistotniejsze: diagnozowania i leczenia.

**Szczepan
Cofta**

Lekarz
pulmonolog,
członek
Wielkopolskiej
Izby Lekarskiej

Nie mamy często ochoty czy czasu recenzować akty prawne, a także współdziałać w praktycznych wymiarach informatyzacji.



**Romuald
Krajewski**

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

Kształcenie europejskiego specjalisty

Na posiedzeniu Sekcji Chirurgii UEMS w Austrii omawiano m.in. metody i problemy szkolenia chirurgów. Znaczne zróżnicowanie poziomu umiejętności i wiedzy pomiędzy krajami Unii wskazuje na potrzebę harmonizacji kształcenia.

Wszyscy mają problem, jak w krótkim czasie przygotować lekarzy do pracy specjalisty. Eksplozja wiedzy i technik powoduje, że co chwila pojawiają się nowe, „absolutnie niezbędne” wiadomości i umiejętności. Obliczono nawet, że aby przeczytać raz wszystkie istotne teksty dotyczące chirurgii, trzeba by to robić przez 160 lat, nie śpiąc. A to byłaby tylko wiedza. Umiejętności praktyczne stają się równie rozległe. Koledzy z Niemiec przekonująco pokazali znaczenie treningu w rzeczywistości wirtualnej, na komputerze. Kolejnym etapem są ćwiczenia w laboratorium, na symulatorach i zwierzętach. Dopiero potem powinno się rozpoczynać rzeczywiste zabiegi i wykonać ich dużo pod nadzorem. Dane z piśmiennictwa bardzo wymownie pokazują, jak różne są wyniki, kiedy rezydenci mogą odbyć pełne, systematyczne szkolenie. Ale kiedy mają to wszystko zrobić i kto ma za to zapłacić? Nawet w bogatych krajach inwestycje w metody szkolenia są bardzo ograniczane. Coraz lepiej wiemy, jak powinno być i coraz ostrzej widzimy, jak jest.

Bardzo dużo uwagi poświęcono szkoleniu w umiejętnościach „nietechnicznych”. Badania wskazują, że braki w tych umiejętnościach mogą być przyczyną ok. 80 proc. błędów i 2/3 spraw o odszkodowanie. W chirurgii szczególne znaczenie ma umiejętność postępowania w sytuacjach stresowych, której nie uczy się w trakcie szkolenia i każdy chirurg „radzi sobie, jak może”. Bardzo interesujące są porównania pracy chirurgów do sportu wyczynowego i badania roli treningu psychologicznego. To także jest sposób na znaczną poprawę sprawności i poprawności wykonania procedur chirurgicznych.

A więc umiejętność nietechniczne należy także uznać za „absolutnie niezbędne” w kształceniu specjalistów. Dane demograficzne wskazują, że przyszli specjaliści będą coraz mniej chętni oddawać pracy swój czas prywatny. W jaki sposób będzie można pogodzić stale rosnące wymagania i oczekiwania z malejącym entuzjazmem do ciężkiej, stresującej i odpowiedzialnej pracy? To jest pytanie przede wszystkim do odpowiedzialnych za ochronę zdrowia. Od lekarzy już niewiele więcej da się wymagać. Lepsza organizacja, wsparcie technologiami oraz większa liczba pracowników, a więc inwestowanie, wydają się jedyną możliwością. ■

Jestem artystą ulicy

Z Andrzejem Pągowskim, wybitnym polskim artystą grafikiem, dyrektorem studia KreacjaPro w Warszawie, rozmawia Lucyna Krysiak.



Jak z punktu widzenia pacjenta oceniliby pan to, co się obecnie dzieje w ochronie zdrowia?

- Być może system jest słabo wydolny, trudno mi to oceniać, nie jestem fachowcem, ale za każdym systemem stoją ludzie. Od ich zachowań i decyzji – trafnych lub błędnych – zależy często ludzkie życie. Tak jak w przypadku dziewczynki, która zmarła, bo dyspozytor odmówił wysłania karetki. Z drugiej strony pacjenci mają roszczeniową postawę, są przekonani, że wszystko należy im się za darmo. Czasy się zmieniają, rosną koszty procedur i usług medycznych, a mentalność Polaków za tym nie nadąży. Myślę, że zarówno pacjentom, jak i lekarzom jest obecnie bardzo trudno. Jedni i drudzy na każdym kroku ocierają się o ludzkie dramaty, są wtłoczeni w chore zasady funkcjonowania opieki zdrowotnej. Zdrowie to podstawa wszystkiego, bez dobrej kondycji fizycznej i psychicznej trudno być aktywnym i kreatywnym. Ten temat przejawia się więc w życiu człowieka od narodzin do śmierci, także w sztuce. Moje kontakty ze środowiskiem lekarskim są przyjacielskie, ale też jak każdemu zdarza mi się chorować, czasem staję się więc pacjentem. W takich sytuacjach wiem, do którego lekarza przyjaciela zadzwonić. Choroba z natury rzeczy jest brzydka, lekarz przez cały czas ma kontakt z tą brzydotą. Muzyka, teatr, malarstwo wprowadzają piękno w jego życie. Wielu lekarzy inwestuje w sztukę, by otaczać się tym pięknem na co dzień. Obraz częściej kupi lekarz niż bogaty przedsiębiorca, który woli zainwestować w jacht.

Jak ta przyjaźń ze środowiskiem lekarskim przekłada się na pana twórczość? Współpraca z prof. Witoldem Zatońskim, inicjatorem wielu kampanii antynikotynowych, zaowocowała cyklem prac, a plakat „Papierosy są do dupy” stał się kultowy...

Przyjaźń z prof. Zatońskim trwała wiele lat. To właśnie profesor wymyślił, żeby rękoma nieżyjącego już kardynała Józefa Glempa wręczać moją grafikę jako nagrodę dla walczących z nałogiem nikotynowym, ale nie sposób też pominąć przyjaźni z prof. Cezarym Szczylikiem i wspólnych kampanii onkologicznych, z prof. Tadeuszem Rużyłło i kampanii na rzecz profilaktyki chorób serca, prof. Markiem Maruszyńskim i wieloma innymi wybitnymi lekarzami. To są ludzie, z którymi pracowałem medialnie, z kontaktów z nimi zrodziło się wiele pomysłów. Dziś jestem człowiekiem spełnionym, zadowolonym z życia, szczęśliwym, który robi to, co lubi i na dodatek może się z tego utrzymać. Mam wspaniałą żonę, dzieci, firmę, ale wiem, że na mój sukces złożyło się też wiele przychylnych mi splotów losu i mam do spłacenia dług wobec społeczeństwa. To ludzie uruchamiają mechanizm mojej twórczości, akceptując moje prace. Czuję to na każdym kroku. Jeśli ja się nazywam Andrzej Pągowski i chcę mnie wysłuchać gdzieś tam wyżej, to mówię w imieniu moich odbiorców. Dlatego, kiedy jakaś fundacja, instytucja czy osoba zaangażowana w działalność społeczną zwraca się do mnie o wsparcie, nie odmawiam. Projektowałem plakaty na prośbę prezydentowej Jolanty Kwaśniewskiej, reprezentującej fundację „Porozumienie bez barier”, to tutaj została wymyślona wspólnie z prof. Szczylikiem akcja „Możesz zdążyć przed rakiem”, to tutaj zafunkcjonowała po raz pierwszy idea, by docierać z badaniami mammograficznymi i z profilaktyką nowotworową do kobiet z zabitych deskami wsi. Tam 15 lat temu słowo „rak” to był wyrok i nikt nie miał pojęcia, że wczesne wykrycie guzka piersi może uratować życie. Wiedziało o tym niewiele kobiet. Była

Kiedy umawialiśmy się na rozmowę, wyrażnie się pan ucieszył, że to będzie wywiad o zdrowiu...

Jako twórca znam wielu ludzi z różnych środowisk. Pojawiają się na wystawach, są moimi klientami, współorganizatorami projektów, ale odkąd sięgam pamięcią, zawsze wśród nich byli lekarze. Szczególną aktywność wykazywali w czasach Peerelu. Być może sztuka była odeskoczną od szarej rzeczywistości, może znajdowali w niej ukojenie dla duszy targanej trudną codziennością. Znam lekarzy, którzy sami malują i to wcale nieźle. Niezależnie więc od tego, w jaki sposób obcujemy ze sztuką, z pewnością jest to zdrowe. Także dziś, kiedy jako społeczeństwo jesteśmy pogubieni, ten rodzaj terapii działa kojąco. Kiedy ochronę zdrowia media pokazują jako wroga, mam pokorę i podziw dla zawodu lekarza. Nigdy nie odważyłbym się wziąć do ręki skalpela, nie zdecydowałbym się leczyć cudzych zębów czy nastawiać połamanych kości. A oni to kochają. Lekarze są wrażliwi na sztukę, wielu z nich jest uzdolnionych artystycznie.



kampania profilaktyczna cukrzycowa, kampania dotycząca wykrywania osteoporozy, kampania „Co każdy duży chłopiec wiedzieć powinien” propagująca m.in. badania prostaty. Trochę się tego nabierało. Cieszę się, że poprzez moją sztukę mam udział w uświadamianiu Polaków na temat zdrowia.

Pana plakaty są sugestywne, poruszające, ale też wymowne poprzez widniejące na nich napisy... „Jest ok, nie pękaj”, „Możesz zdążyć przed rakiem”, „Służ do grania, nie do zabijania”... W świadomości ludzi słowa te funkcjonują już poza plakatem – czy taki był artystyczny zamysł?

Nie, po prostu mam predyspozycje do ujmowania pewnych zjawisk w konkluzje, do nazywania spraw po imieniu. To zonglowanie słowem wzięło się z młodzieńczych pasji do pisania wierszy, później książek, artykułów. Traktuję słowo jako środek wyrazu i chętnie posługuję się nim w swojej twórczości. Skojarzenie słowne przychodzi do mnie nie wiadomo kiedy i skąd. Często pojawia się pierwsze, za nim dopiero pomysł na rysunek. Można więc powiedzieć, że w jakimś sensie jest inspiracją do namalowania plakatu. Przy kampaniach społecznych zawsze najpierw było hasło. Czasem jest rysunek i dopiero pojawia się tekst. W mojej sztuce tego z góry nie zakładam, nie kombinuję, to się po prostu dzieje. Jest to jednak skutek wieloletniej pracy z tekstem jako tworzywem do kreowania sztuki.

Kiedyś pana zainteresowania artystyczne skupiały się wokół ludzi filmu, teatru, aktorów, reżyserów, ale największą popularność zyskał pan jako twórca plakatu społecznego. Co sprawiło, że z salonów przeniósł się pan na ulice, po których chodzą niepełnosprawni, uzależnieni, bezdomni, chorzy na raka, zarażeni wirusem HIV?

Proszę zauważyć, że moje zainteresowania kampaniami społecznymi pojawiły się po czterdziestce, kiedy już przeżyłem wiele wzniołów i upadków. Z wiekiem się dojrzewa, więcej rozumie, czuje, potrafi dostrzec głębię. To na ulicach toczy się prawdziwe życie, a ja lubię je obserwować i czuję się tu najlepiej. Plakat w salonie jest jak zwierzę w klatce, dopiero na ulicy zaczyna żyć, a ja kocham patrzeć jak to całe uliczne mięso się przelewa, to mnie inspiruje. Dotyczy to także służby zdrowia. Media grzmą, piętnują lekarzy, ale ulica mówi inaczej, że nie można generalizować. Są wspaniali lekarze i są bezduszni decydenci, są wybitni w swoich dziedzinach i są niedouczeni. Są, jak wszędzie, wśród nich ludzie, którzy popełniają błędy. Media potrafią ukuć slogany, które często wypaczają prawdę.

Czuje się pan społecznikiem, jak Anna Dymna czy Ewa Błaszczyk?

Nie. Obie panie znam, podziwiam, wspieram i miałem przyjemność z nimi współpracować, ale moja rola jest inna. Swoje społeczniostwo wyrażam poprzez sztukę, nie angażuję się osobiście jako założyciel fundacji czy pozyskujący fundusze na różne zbrojne cele. Tworzyłem na przykład logo fundacji „Budzik” Ewy Błaszczyk. Fundacje pozarządowe wnoszą do systemu opieki zdrowotnej ogromne pieniądze, odciążając ten system i uważam, że w zamian od resortu zdrowia nie dostają wsparcia – o wszystko muszą walczyć samodzielnie, ogromnym wysiłkiem. Moim zdaniem system ochrony zdrowia w naszym kraju nie powinien być naprawiany, łatany, ale zaorany do zera i stworzony od początku, na mądrych, rzetelnie opracowanych zasadach. Na zgniłym korzeniu nie da się

zbudować niczego solidnego. Niestety, opieka zdrowotna jest cały czas w rękach polityków i dlatego to takie trudne.

Wydarzeniem artystycznym tego roku jest kalendarz na 2013 r. z pracami wybitnych polskich grafików i malarzy. Panu powierzono realizację tego projektu. Czym się pan kierował, dokonując wyboru 12 artystów i 12 prac do tego kalendarza?

Najlepsze dzieła powstają, jeśli ktoś chce je kupić. Gdyby do Leonarda da Vinci nie przyszedł kupiec i nie zamówił u niego portretu swojej żony, nigdy nie byłoby Mony Lisy. Gdyby papieżowi nie przeszkadzały białe ściany w Kaplicy Sykstyńskiej, nigdy nie byłoby tam dzieł Michała Anioła i tak dalej. Dziś trudno znaleźć inwestora w sztukę, ale udało się i to jest już drugi kalendarz, za którym stoi Gedeon Richter. Ubiegłoroczny był związany z jubileuszem firmy i prezentowali się w nim młodzi artyści. Tegoroczny to opowieść o życiu. Każdy z twórców dostał cytaty i miał go przełożyć na obraz. Ustaliłem sobie listę marzeń. Znaleźli się na niej graficy i malarze, których lubię, którzy mają nazwiska i są rozpoznawalni. Różnią się wiekiem, techniką tworzenia, podejściem do życia, doświadczeniem. Najmłodsza Ada Buchholtz niedawno zabyła salon na ilustratorskich salonach, a najstarszy Waldemar Świerzy, mój uczelniany profesor, znany jest w środowisku od dawna. Resztę autorów wpasowałem między nich. Znaleźli się tam Mieczysław Wasilewski z tą swoją czarno-białą kreską, Wiktor Sadowski, który zdobył złoty medal za plakat do Goi, Marcin Maciejowski, działający wspólnie z Wilhelmem Sasnałem w Grupie Ładnie, Agata ENDO Nowicka, Przemek Trust-Truściński, z którym się przyjaźnię od lat, Arobal, który plakat maluje kredką i ołówkiem, Mateusz Kolek, Tymek Jezierski uznany za jednego z 200 najlepszych ilustratorów na świecie, Dominik Jasiński. Można więc powiedzieć, że kluczem do powstania tego kalendarza są nazwiska i cytaty. Wybierałem je wśród największych, którzy o życiu powiedzieli coś mądrego, zabawnego, ponadczasowego i wykorzystałem to. Bo warto ich wysłuchać.

Ten kalendarz to mała galeria sztuki współczesnej...

Ale i przypomnienie, że mamy tylko jedno życie. W tym kontekście cytaty Leonarda da Vinci: „Kto życia nie ceni, nie wart go”, ma mocną wymowę. To połączenie cytatów z obrazami dało niesamowity efekt artystyczny. Kiedy Mateusz Kolek dostał cytaty z Lwa Tolstoja, był zaskoczony, że wiedziałem, co mu w duszy gra. Pisarz był z zamiłowania ogrodnikiem i jego słowa: „Dobre życie przypada w udziale tym, którzy się o nie starają”, idealnie pasowały do obrazu Tolstoja pielęgnującego rośliny, który stworzył Mateusz. Ten klucz sprawdził się także w przypadku pozostałych grafików i malarzy, którzy zmierzili się z Szekspirem, Dostojewskim i innymi wielkimi. ENDO trochę się bała Szekspira, który powiedział, że „życie nie jest lepsze ani gorsze od naszych marzeń, jest tylko zupełnie inne”, ale wywiązała się z zadania wspaniale, angażując do swojego obrazu córkę, której oczyma przefiltrowała przesłanie zawarte w tym cytacie. Trudno po kolei omawiać każdą z prac, trzeba po prostu obejrzeć kalendarz, chcę tylko dodać, że pomysł był trafiony i artyści świetnie się w nim odnaleźli. Myślę, że niewiele osób, które biorą do ręki ten kalendarz, ma świadomość jego artystycznej wartości. W planach jest już kolejny projekt kalendarza. Za wcześniej mówić o jego tematyce, ale na pewno będzie ona krążyć wokół spraw, którymi żyją zwykli ludzie. ■

Plakat w salonie jest jak zwierzę w klatce, dopiero na ulicy zaczyna żyć, a ja kocham patrzeć jak to całe uliczne mięso się przelewa, to mnie inspiruje. Dotyczy to także służby zdrowia.



Wyrośli z wielu kultur

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi

**Lucyna
Krysiak**

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi ma cztery delegatury – łódzką, piotrkowską, sieradzką i skierniewicką. Mocno stawia się na ich aktywność. Praca u podstaw w terenie to credo tej izby.



*OIL w Łodzi
zrzesza około
13 tys. lekarzy
i lekarzy
dentyстів.
Pod względem
liczebności
jest jedną
z największych izb
w kraju.*

Łódź z końca XIX i pierwszej połowy XX w. kojarzy się z sukiennictwem, fabrykami oraz wspólnotą Polaków, Niemców, Żydów, Rosjan, którzy mieszkali i żyli obok siebie. Ich obyczaje, kultura przenikały się na każdym kroku, tworząc niepowtarzalny styl, klimat, architekturę. Łódź była w tym czasie przysłowiową ziemią obiecaną, szansą dla tych, którzy szukali pracy, pragnęli realizować swoje marzenia, zbić fortuny. Powstawały w tym czasie fabryki i fabrykanckie rody, pałace i osiedla robotnicze, takie jak Księży Młyn, oraz szpitale budowane i zarządzane przez kasy chorych. Ta społeczność czterech narodów i kultur uczyła tolerancji. Przepych przeplatał się z biedą, wielkie bogactwa z niedożywieniem, gruźlicą, błonicą, dyfterytem, tyfusem. Łódzcy lekarze angażowali się w poprawę sytuacji zdrowotnej. To tutaj za sprawą dra Józefa Brudzińskiego powstała Sekcja Lekarzy Pediatrów, która później przerodziła się w Polskie Towarzystwo Pediatryczne. Po uchwaleniu przez Sejm w grudniu 1921 r. ustawy o ustroju i zakresie działania izb lekarskich powstała też terenowa jednostka samorządu lekarskiego – Łódzka Izba Lekarska, która dwa lata później rozpoczęła swoją działalność. Kiedy

ustawą z 1920 r. powstały kasy chorych, środowisko lekarskie, już jako izba, konsultowało projekt. Ponieważ godził w ich interesy (przychodnie ubezpieczalni były konkurencją dla prywatnych gabinetów), przez całe międzywojnie toczyła się między nimi walka. Kontrakty wyceniano poniżej kosztów, lekarze bojkotowali więc ich podpisywanie. W imię solidarności zawodowej i dbałości o wspólne interesy, izby wydały nawet zakaz przyjmowania posad kasowych. Na początku II wojny światowej Łódź włączono do tzw. Kraju Warty i okupant zlikwidował izbę, a majątek skonfiskował. Reaktywacja stała się możliwa dopiero w nowej, „solidarnościowej” rzeczywistości. Dr Wanda Terlecka z Częstochowy, która została pierwszym prezesem OIL w Łodzi po tym, jak 1989 r. Sejm uchwalił ustawę o izbach lekarskich tak wspomina ten okres. – To był czas organizowania się, wytyczania kierunków działania, określania celów, taka praca u podstaw. Zachłystywaliśmy się możliwością samostanowienia o sobie, byliśmy pełni pomysłów i pasji – opowiada W. Terlecka. W II i III kadencji, prezesem OIL w Łodzi był Ryszard Golański, którego aktywność przejdzie do historii jako zabiegającego o kupno i wyremontowanie nowej siedziby. IV i V kadencja należała do Grzegorza Krzyżanowskiego, który prezesował w trudnych latach walki lekarzy o wyższe płace, nagonki mediów. Wieloletnią dyrektorką biura była niezwykła już Grażyna Rzepecka-Koniarek, osoba o niezwyklej energii i empatii. Od początku z OIL w Łodzi była Małgorzata Kaczmarek-Banasiak, stomatolog zaangażowana w mrówczą pracę na rzecz organizowania szkoleń dla lekarzy dentyстів i aktywizowania tej grupy zawodowej w samorządzie. Niezwykłą aktywność wykazała także w niesieniu pomocy lekarzom znajdującym się w trudnej sytuacji. W jednej z kadencji była zastępcą sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczącą zespołu ds. lekarzy cudzoziemców NRL. Od wielu lat z samorządem jest także obecny prezes OIL w Łodzi Grzegorz Mazur, jednocześnie członek Naczelnej Rady Lekarskiej w bieżącej kadencji.

Moc delegatur

OIL w Łodzi zrzesza około 13 tys. lekarzy i lekarzy dentyстів. Pod względem liczebności jest jedną z największych izb w kraju. Dzieli się na 4 delegatury. Po reformie administracyjnej do województwa łódzkiego włączono dawne województwa: piotrkowskie, sieradzkie i skierniewickie, które pokrywają się z obszarem ich działania. Delegaturą w przeszłości była także Częstochowa, która odłączyła się

i od 10 lat jest na swoim. Szefem delegatury łódzkiej jest Grzegorz Krzyżanowski, delegatury piotrkowskiej – Grzegorz Gradowski, delegatury sieradzkiej – Beata Zwolińska, delegatury skierniewickiej – Waldemar Grabowski. Grzegorz Mazur, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, mówi, że w delegaturach tkwi ogromny potencjał i taktycznym posunięciem jest, aby jak najczęściej się tam spotykać z lekarzami. To pozwala poznać ich problemy od podszewki, pozwala bliżej im się przyjrzeć. – To jest jak praca u podstaw w terenie, gdzie można nawiązać bezpośredni kontakt z lekarzem, rozmawiać o sprawach codziennych – tłumaczy prezes Mazur. To dlatego w delegaturach odbywają się zjazdy okręgowe, którym zawsze przewodniczy szef delegatury lub ktoś przez niego wyznaczony. Delegatury są często inspiracją dla działań podejmowanych w centrali. To rozeznanie sytuacji w terenie pozwala też szybciej reagować, kiedy lekarzowi potrzebna jest pomoc. Dotyczy to przede wszystkim pomocy materialnej w trudnych sytuacjach życiowych, które z perspektywy Łodzi niełatwo byłoby uchwycić. Prezes Grzegorz Mazur sam był kiedyś szefem delegatury piotrkowskiej i dobrze pamięta ten okres swojej działalności. To z jego inicjatywy powstało tam Koło Seniorów. Delegatury to także miejsca spotkań towarzyskich, organizowania dla seniorów imprez kulturalnych i turystycznych. Mają wiele ciekawych, autorskich pomysłów. Rowery i kajaki – to Skierniewice, szachy i strzelectwo – to Sieradz, siatkówka – to Piotrków Trybunalski, a Łódź, to wszystko, co dzieje się w siedzibie przy ul. Czerwonej w tym mieście.

Pasjonaci

A dzieje się tu dużo i to na skalę krajową. Nieślabnącym zainteresowaniem cieszy się prestiżowa, Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy i Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna, na której lekarze prezentują swoje prace. Są poeci, pisarze, muzycy, a także śpiewacy, wśród których często ujawniają się ukryte talenty. Organizowane są z ich udziałem wieczory autorskie, koncerty, wernisaże. Z lepszych form miłego spędzania czasu jest turniej nalewek połączony z andrzejkami, na który zapraszana jest prawdziwa wróżka. Jej wróżby wywołują poruszenie, szczególnie wśród żeńskiej części środowiska. – Zawsze zachęcam do udziału w tych imprezach, nie tylko dlatego, by lekarze mogli czerpać z nich radość bycia ze sobą, ale odreagować, nabrać sił do pracy – mówi prezes Mazur. Uważa też, że tak reprezentacyjna siedziba, usytuowana w centrum miasta zobowiązuje. Sama w sobie jest galerią sztuki i przyciąga ludzi wrażliwych na piękno.

Na listę stałych imprez wpisały się też rajdy konne organizowane przez zapalonego koniarza Wojciecha Sędzickiego i Motocyklowy Klub Lekarzy „DoctoRRiders”, za którym stoją: Włodzimierz Dłużyński i Grzegorz Krzyżanowski. Oczkiem w głowie są regaty żeglarskie, które co roku organizuje lekarski klub „Szkwał” pod dowództwem komandora Pawła Susłowskiego, a także wyprawy na narty w Alpy. Uczestniczą w nich lekarze z całej Polski wraz z rodzinami, co pozwala lepiej im się poznać, zintegrować, a przy okazji aktywnie wypocząć. – Te imprezy mają powodzenie, do udziału w nich nie musimy namawiać, lekarze zgłaszają się sami – mówi G. Mazur. To pasjonaci.

Pałac w ogrodzie

Kiedy na jednym z posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej OIL w Łodzi, ówczesny prezes Ryszard Golański przedstawił propozycję kupna i wyremontowania pofabrykanckiej willi Ryszarda Geyera wybudowanej w 1898 r. przy ul. Czerwonej, wzbudził tym emocje wśród kolegów lekarzy. Dotychczasowa siedziba jednej z kamienic przy ul. Piotrkowskiej wprawdzie była ciasna i obskurna, ale ta propozycja wydawała się zbyt śmiała. Zadawano pytania – czy to potrzebne, czy izba na to stać? – To nie willa, to pałac, a na dodatek otoczony ogrodem ze starym, cennym drzewostanem – mówili lekarze. A jednak. Dziś jest to najpiękniejsza siedziba samorządu lekarskiego w Polsce, podziwiana nie tylko przez lekarzy. Neorenesansowa budowla z eklektycznym wnętrzem (sztukaterie, angielskie tapety, żyrandole, lustra, witraże, meble, drewniane schody) nawiązuje do stylu, w jakim budowali pod koniec XIX w. łódzcy fabrykanci. Wnętrza wprowadzają w klimat epoki, a jednocześnie są przestronne, wygodne i dobrze służą celom lekarzy. Po wojnie w pałacu Geyera przy Czerwonej było przedszkole. Kiedy lekarze, już jako swoją izbę, odrestaurowali zdewastowany obiekt, pewnego dnia przyszedł popatrzeć, jak odzyskuje dawną świetność, znany aktor Borys Szyk, który – jak się okazało – w dzieciństwie chodził tutaj do przedszkola. O byłym prezesie Golańskim mówi się, że ta siedziba to jego zasługa, bo mimo przeciwności uparł się i doprowadził projekt do końca. Kropkę nad i postawił jego następca Grzegorz Krzyżanowski, który zaadaptował strych, gdzie znajdują się biura rzecznika odpowiedzialności zawodowej i sądu lekarskiego. Oprócz szkoleń, konferencji, oficjalnych spotkań, wystaw, balów sylwestrowych i karnawałowych, „na Czerwonej” odbywają się też wesela, przyjęcia rodzinne lekarzy, jednym słowem siedziba spełnia bardzo wszechstronną rolę. Swoje lokum ma tu chętnie odwiedzany Klub Lekarza. Liczący 3 tys. m² ogród w Dzień Dziecka zamienia się w ogródek jordanowski. W lecie rozbija się tu namiot, bo wiele izbowych imprez organizuje się w ogrodzie, na świeżym powietrzu. – Siedziba nawiązuje do tradycji fabrykanckiej Łodzi, ale też do wielokulturowości tego miasta i tolerancji, która tu nabiera głębszego sensu – tłumaczy Ryszard Golański. Łódź ma w swojej tradycji niepospolitych lekarzy, którzy tworzyli etos tego zawodu. Izba przypomina o nich na łamach swojego pisma „Panaceum”. Marzeniem prezesa Mazura jest, aby powstała sekcja historii, która będzie gromadzić po nich pamiątki. W ramach działań kultywujących historię wydano z jego inicjatywy m.in. publikację upamiętniającą lekarzy o lwowskich korzeniach. Okazuje się, że na terenie OIL w Łodzi jest blisko 50 profesorów, którzy się stamtąd wywodzą.

Problemy młodych

Łódzka OIL poszukuje nowych rozwiązań, które zachęciłyby do aktywności młode pokolenia. Organizowane są dla nich spotkania z lekarzami, którzy w latach 80. wyjeżdżali do pracy za granicę. To był czas kontraktów w Libii, Maroku i innych krajach afrykańskich, gdzie jeden lekarz

Łódź nie miała przed wojną uczelni medycznej, nie było więc tradycji, którą kultywują inne duże miasta w Polsce. Akademia Medyczna, przeobrażona w Uniwersytet Medyczny, po wojnie tworzyła się od podstaw.

*O bytym
prezesie
Golańskim
mówi się, że
ta siedziba to
jego zastuga,
bo mimo
przeciwności
upart się
i doprowadził
projekt do
końca. Kropkę
nad i postawił
jego następca
Grzegorz
Krzyżanowski.*

często leczył całą wioskę i musiał być internistą, chirurgiem, okulistą, położnikiem w jednym. Są też spotkania z lekarzami, którzy dopiero co wrócili z Wielkiej Brytanii, ze Szkocji, Irlandii, Niemiec. Dzielą się doświadczeniami, są dla młodych lekarzy kopalią informacji, jak unikać pułapek związanych z wyjazdem do pracy za granicę. Pomysłem obecnego prezesa jest, by prawo wykonywania zawodu wręczać lekarzom na uroczystości zorganizowanej w izbie, aby mogli jeszcze raz spotkać się w gronie kolegów, z którymi studiowali. Jest to też okazja, aby zachęcić ich do działalności w samorządzie, choćby w komisji młodych lekarzy, która w OIL działa bardzo prężnie. Jest o czym rozmawiać – o zmianach systemu specjalizacyjnego, o luce pokoleniowej, która powstała w następstwie tych zmian, o wadliwym systemie rezydentkim, który powoduje, że w Łodzi nie są wykorzystywane miejsca rezydentkie (obecnie 20 proc.), a jednocześnie w ostatnim naborze 200 osób odeszło z kwitkiem, bo nie otrzymały rezydentury tam, gdzie złożyły wnioski. – Rezydentury są, ale nie w tych dziedzinach, w których chcą się specjalizować lekarze, jestem za tym, aby dawać im szansę dokonywania wyboru, by mogli realizować się w tym, do czego czują powołanie – zastrzega prezes Grzegorz Mazur.

Ze społecznikowskim zacięciem

Łódź nie miała przed wojną uczelni medycznej, nie było więc tradycji, którą kultywują inne duże miasta w Polsce. Akademia Medyczna, przeobrażona w Uniwersytet Medyczny, po wojnie tworzyła się od podstaw. Od podstaw powstawały też kliniki, gdzie adepci medycyny zdobywali szlify. Nie było też rodzimej kadry profesorskiej. Profesorowie przyjeżdżali z Poznania, Wilna, Lwowa i zrujnowanej Warszawy. I znów zaznaczyła się tu wielokulturowość, która wpłynęła na oblicze uczelni i kształtowanie osobowości lekarzy. Każdy wniósł coś innego, ciepło w kontaktach, serdeczność i tak znamiennie dla lwowian społecznikostwo. To przełożyło

się na działalność samorządową, na którą decydują się lekarze ze społecznikowskim zacięciem. – Reprezentujemy nie tylko interesy lekarzy, często reagujemy, kiedy dzieje się źle pacjentom, np. kiedy mają utrudniony dostęp do świadczeń medycznych, do leków refundowanych – przekonuje prezes Mazur. OIL w Łodzi ceni sobie współpracę z innymi izbami – częstochowska traktuje izbę jak starszą siostrę, uczestniczy w wielu łódzkich imprezach, ale z izbami: krakowską, śląską, dolnośląską, łódzka izba spotyka się regularnie. – Jesteśmy do siebie zbliżeni liczebnością, mamy podobne problemy i ogląd spraw. Wypracowane na tych spotkaniach poglądy przedstawimy później na posiedzeniach NRL – tłumaczy prezes. Interesujące formy przybrała też współpraca z małymi izbami. Płocka OIL, która nie ma zaplecza uczelni i nie ma szerokiego dostępu do kursów, może korzystać z pomocy Łodzi, zwłaszcza lekarze mieszkający na granicy izb. Jaki będzie samorząd w przyszłości? Prezes Grzegorz Mazur wierzy, że przyszłość rysuje się w dobrym świetle, ale pod warunkiem, że lekarzom nie braknie zapału, że wciąż będą doskonalić legislację dotyczącą funkcjonowania samorządu i powstanie silniejsze lobby lekarskie w gremiach rządowych, bo uchwały podejmowane przez samorząd lekarski nie przekładają się na działania resortu zdrowia. Działalność musi też być wzmocniona profesjonalną opieką prawną, bo coraz trudniej lekarzowi poruszać się w gąszczu przepisów. Będą też coraz większe naciski na podnoszenie kwalifikacji zawodowych i izba jako organizator szkoleń będzie musiała sprostać temu zadaniu. Przyszłość to także budowanie relacji lekarz – mistrz nauczyciel. To dlatego w izbie przyznawane jest odznaczenie „Zasłużony Nauczyciel Lekarzy”. Otrzymują je osoby, które swoją postawą, moralną i zawodową, są wzorem dla młodych. – To ma ukrytą myśl. Chciałbym, aby lekarze nauczyli się mówić o sobie dobrze, by słowa wdzięczności nie były wypowiedziane za późno – konkluduje prezes Mazur. ■

Warto wiedzieć

Metryczka Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

Terytorium: woj. łódzkie

Adres siedziby: Czerwona 3, 90-005 Łódź

Kontakt: tel. 42 6831701, 6831709, inne bezpośrednie na www.oil.lodz.pl>kontakt, faks 42 6831378

e-mail: biuro@oil.lodz.pl

Strona internetowa: www.oil.lodz.pl

Liczba członków: 12963, w tym 9974 lekarzy i 2928 lekarzy dentystów

Liczba delegatów na zjazd: 237

Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 43

Prezes: Grzegorz Mazur

Wiceprezesi: Waldemar Grabowski, Grzegorz Gradowski, Grzegorz Krzyżanowski, Lesław Jacek Pypec, Beata Zwolińska

Delegatury: Łódzka, Piotrkowska, Sieradzka, Skierniewicka

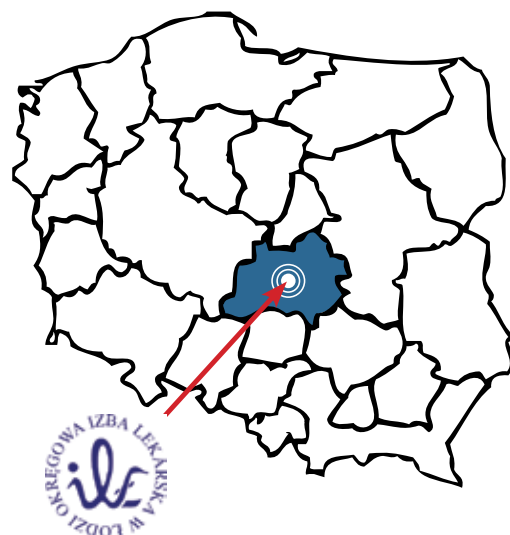
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Zbigniew Muszyński

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: Januariusz Kaczmarek

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej: Jacek Karpiński

Liczba pracowników etatowych: 29

Liczba samorządowców pobierających wynagrodzenia: 0



Sprawne głosowanie – koniecznością



**Paweł
Susłowski**

**Przewodniczący
Krajowej Komisji
Wyborczej**

Koniec marca to ostatnie dni, w których można jeszcze zgłosić kandydatów na delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy. W niektórych izbach termin ten przesunięty jest o kilka dni. Decyzję tę podejmowały samodzielnie Okręgowe Komisje Wyborcze, uwzględniając wiele lokalnych uwarunkowań. Stosowne informacje umieszczone są na stronach internetowych poszczególnych izb, można również uzyskać je, dzwoniąc do biur izb lekarskich. Dla zainteresowanych jest to ostatnia chwila. Przypominam, że zgłosić można także swoją kandydaturę. Druki zgłoszenia są do pobrania na stronach internetowych izb oraz w ich siedzibach. Należy zwrócić uwagę na dokładne wypełnienie karty zgłoszenia kandydata, nie zapominając o podpisach. Musi być ona dostarczona bezpośrednio, listownie lub faksem do OKW (siedziba izby) w terminie przez nią określonym.

Okolo połowy kwietnia ukażą się na stronach internetowych izb listy zgłoszonych kandydatów w poszczególnych rejonach. Z tą chwilą rozpoczyna się okres kampanii wyborczej, w którym kandydaci na delegatów mogą promować siebie, przedstawiając swój program czy poglądy.

OKW po niezbędnych konsultacjach ustali terminy głosowania korespondencyjnego oraz miejsca i terminy wystawienia urn wyborczych dla tych, którzy postanowią zagłosować bezpośrednio. W każdym rejonie wyborczym zostaną wskazane co najmniej dwie osoby, które wraz z przedstawicielem OKW będą tworzyły komisję skrutacyjną (przeliczy ona głosy i ustali wynik głosowania). Należy pamiętać, że osoby te nie mogą kandydować w wyborach. Od odpowiedzialności członków komisji skrutacyjnej zależy sprawne przeprowadzenie głosowania przy urnie. Ich obecność jest warunkiem koniecznym zakończenia procedur wyborczych.

Głosowanie korespondencyjne będzie podstawowym sposobem głosowania. Zapewnia ono wygodę oraz daje możliwość głosowania niezależnie od charakteru wykonywanej pracy, miejsca zatrudnienia czy stanu zdrowia. Każdy otrzyma na adres domowy trzy koperty. W dużej zewnętrznej kopercie znajdować się będą dwie kolejne oraz

rozmaite załączniki dotyczące wyborów. Przesyłka zawierać będzie: a) zawiadomienie o miejscu i terminie, okresie oraz sposobie głosowania w rejonie wyborczym, b) listę kandydatów, c) kartę do głosowania, d) instrukcję dotyczącą głosowania drogą korespondencyjną (wraz z informacją, do kiedy należy odesłać kartę wyborczą na adres izby), e) adres strony internetowej zawierającej dodatkowe informacje o zgłoszonych kandydatach.

A teraz przedstawię zalecany wzorzec zachowania dla tych, którzy głosować będą korespondencyjnie. Powinni oni zapoznać się z informacjami o zgłoszonych kandydatach, podjąć decyzję i zgodnie z załączoną instrukcją wypełnić kartę do głosowania. Włożyć ją do małej, białej, nieoznakowanej koperty, zakleić i całość włożyć do koperty zwrotnej – trochę większej i posiadającej nadruk adresu zwrotnego do odpowiedniej izby. Oczywiście tę kopertę również należy zakleić i wysłać pocztą (ewentualnie dostarczyć ją do OKW w siedzibie izby) w określonym terminie. O przyjęciu głosu decydować będzie data dostarczenia przesyłki do OKW. **Na odwrocie koperty** zwrotnej znajduje się ramka, w której należy **przystawić imienną pieczętkę lekarską oraz złożyć podpis**.

To bardzo istotne: zarówno pieczętka, jak i podpis lekarza na tej kopercie **to warunek niezbędny**. Brak podpisu i pieczętki uniemożliwia identyfikację i jest równoznaczny z nieuczestnictwem w głosowaniu w trybie korespondencyjnym. Należy pamiętać, że przesyłka ta jest już opłacona.

Lekarze, którzy z możliwości głosowania korespondencyjnego nie skorzystają, będą mogli w ostatniej chwili zagłosować bezpośrednio do urny.

Pozostaje jedynie życzyć Państwu przemyślanych decyzji, zdyscyplinowania co do terminów, spełnienia oczekiwań wyborczych. Zapraszam wszystkich do uczestnictwa w wyborach. Zachowajmy, jako korporacja, zmysł samozachowawczy.

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

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”.

maj

Na adresy domowe rozsyłane są listy z informacją o głosowaniu w drodze korespondencyjnej wraz z kartą do głosowania i kopertami zwrotnymi, które **należy odesłać do izby nie później niż 30 maja!**

2013

To bardzo istotne: zarówno pieczętka, jak i podpis lekarza na tej kopercie to warunek niezbędny. Brak podpisu i pieczętki uniemożliwia identyfikację i jest równoznacznym z nieuczestnictwem w głosowaniu w trybie korespondencyjnym.



Jolanta
Małmyga

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Liczy się człowiek

*„Zapachniało, zajaśniało, wiosna, ach to ty
Wiosna, wiosna, wiosna, ach to ty”*

Marek Grechuta

Wiosna i Święta Wielkanocne przynoszą nowe nadzieje. Podczas świątecznego śniadania dzielimy się jajkiem, symbolizującym siły vitalne tworzącego się świata, a to pozwala z optymizmem spojrzeć na codzienne życie. Zapomnieć o troskach i problemach, i chociażby przez chwilę uśmiechnąć się radośnie.

W przyrodzie życie odradza się na nowo, a my jesteśmy jej częścią, więc też powinniśmy odświeżyć i przewietrzyć nasze umysły, by pogodniej spojrzeć na wszystko, co nas otacza. Możemy wziąć przykład z Kolumba, któremu udało się sztuczka ustawienia jajka w pionie, gdy nakłuł skorupkę. Przekłujmy swoje skorupy i stańmy się otwarci na ludzi i ich potrzeby. Pozwólmy wiosennemu słońcu roztopić zimową powłokę i nie zasklepiajmy się w pancerzach bezdusznych urzędników.

Otoczeni gąszczem bzdurnych przepisów dajemy się w nie wciągnąć i bezmyślnie je wypełniać. W pracy lekarzy liczy się człowiek, o którym zapatrzeni w paragrafy zaczynamy zapominać. Bo jak inaczej można nazwać zachowanie lekarki, która przyjmując 9-letnie dziecko informuje je bez zastanowienia się, że zostało adoptowane, gdyż tak wykazał system e-WUŚ. Nie po taką poradę przyszedł mały pacjent. Adoptowany czy nie, jest ubezpieczony, należy mu udzielić pomocy lekarskiej i to w obecności opiekuna prawnego bez komentowania statusu małoletniego pacjenta. I jak można wytłumaczyć takie zachowanie zmęczeniem czy bezmyślnością i niczemu niesłużącą nadgorliwością? Po prostu zginął człowiek, a Hipokrates zapewne w grobie się przewraca. I jak powiedział Mark Twain, niekiedy gdakamy jak kura, która zniosła jajko, a robi tyle hałasu, jak gdyby zniosła planetę. I to niestety nie tylko system jest tu winny, ale przede wszystkim zawodzą ludzie, gdyż to oni podejmują decyzje. Ginie etos zawodu lekarza, a my sami do tego doprowadzamy, prezentując brak zaangażowania i bezduszność, bo nie mamy czasu na empatię wpisaną w nasz zawód. Ściśle stosując się do biurokratycznych procedur, zapominamy, że misją zawodu lekarza jest ratowanie człowieka. Tragizmem przykładem jest śmierć 2,5-letniego dziecka, której można było uniknąć, gdyby w porę przewieziono je do szpitala. I znowu zabrakło odrobiny empatii i logicznego myślenia.

Ulegamy presji zarządzających i pracujemy ponad siły, i albo sami stajemy się ofiarami przemęczenia, albo giną nasi pacjenci. Nie może w medycynie dominować tylko liczenie pieniędzy i dbanie o oszczędności dla systemu. Człowiek nie jest towarem w supermarkecie i nie można zdrowia i życia podporządkowywać pieniądзом. Opieka zdrowotna przybrała charakter rynkowy – kupuje się zdrowie i sprzedaje usługi medyczne, nie liczy się człowiek, a jedynie zysk. Brakuje pieniędzy na leczenie, a pacjenci ponoszą ciężar pełnej odpłatności za leki lub ich nie wykupują, natomiast NFZ wykazuje miliardowe oszczędności. Pytam, z czego jest ten zysk – z oszczędności na zdrowiu i życiu obywateli? Od lekarzy wymaga się wypełniania coraz bardziej skomplikowanych sprawozdań i biurokracji, nie dając czasu na leczenie. Z drugiej strony, sami na takie traktowanie pozwalamy, ślepo się temu podporządkowując. Bierność i bezczynność całej korporacji jest przerażająca. Co z tego, że tylko niewielu z nas próbuje walczyć o zmiany, skoro pozostali nie chcą współdziałać. Ze strachu o pieniądze pozwalają się prowadzić na sznurku urzędnikom. Zamiast ciągle szukać winnych, zaczniemy działać razem. Weźmy sprawy w swoje ręce, bez ciągłego kręcenia się w kółko. Nie szukajmy błędów w szkoleniach na studiach, nie narzekajmy na bzdurne przepisy. Solidarność zawodowa jest ważna, ale nie za wszelką cenę. Lekarze jak wszyscy ludzie popełniają błędy. Za błędy w działaniu lub zaniechaniu działania trzeba ponieść osobistą odpowiedzialność, bez przrzucania winy na całe środowisko. Nie ulegajmy politycznym hasłom, że za nieprzemyślane postępowanie niektórych lekarzy odpowiada minister, wymiana personalna jednego polityka na drugiego niewiele zmieni. Może już najwyższy czas na porzucenie bierności – chociaż taka postawa jest wygodna – i bycie lekarzem w pełni wykorzystującym wiedzę zdobywaną latami.

A miało być wiosennie i optymistycznie. Z życzeniami wesółych, pogodnych Świąt Wielkanocnych i w prezencie od zajączka dedykuję cytaty zamieszczony obok na marginesie z wiarą, że zmieni również nasze myślenie i doda wiosennej radości do życia i pracy. ■

*„Wesoła myśl
jest niczym
wiosna.
Otwiera
paki natury
ludzkiej.”*

Jean Paul
Sartre

Specjalizacje w stomatologii – kontrowersji ciąg dalszy

Chciałbym odnieść się do artykułu dr Anny Kurhańskiej-Flisykowskiej, opublikowanego w „Gazecie Lekarskiej” 01/2013.

Czytając wspomniany artykuł, z każdym zdaniem byłem coraz bardziej zaniepokojony, a wręcz rozłoszczony. Dlaczego? Dziwiłem się, że takie poglądy wyraża osoba, która od wielu lat pracuje na uczelni, jednak de facto niewiele z siebie dając, tak krytycznie ocenia młodych ludzi.

Stomatologię na ówczesnej Akademii Medycznej w Poznaniu ukończyłem 8 lat temu i dobrze jeszcze pamiętam, jak wyglądała periodontologia, którą prowadziła między innymi autorka tekstu, jako starszy wykładowca. Przez cały okres studiów nie widziałem żadnego zabiegu wykonywanego na uczelni, nie wspominając, że poza skalaniem żadnego nie wykonałem. To, że cokolwiek zobaczyłem, poznałem i przy czymkolwiek asystowałem w dziedzinie periodontologii, była to przychylność jednej z ówczesnych asystentek, która pozwoliła nam, a wręcz zachęcała do asysty w jej prywatnym gabinecie.

Nie wiem, jak było i jest na innych uczelniach medycznych w Polsce, ale w czasach, kiedy ja studiowałem, spora część asystentów wprost nas informowała, że powiedzą i pokażą nam tyle tylko, by nie zrobić krzywdy pacjentom, a resztę dowiemy się na kursach podyplomowych, za które słono zapłacimy, jak i oni płacili... Dziwne słowa jak na pedagogów uczelni wyższej. Niestety, niewiele pamiętam takich, którzy byli oddani studentom i chcieli jak najwięcej nauczyć, pokazać – chętnie wymieniałbym kilka nazwisk osób, którym do końca życia będę wdzięczny, ale nie chciałbym nikogo pominąć. Ortodoncja niewątpliwie była tą dziedziną, gdzie pozyskanie wiadomości praktycznych graniczyło z cudem, ale i protetyka obfitowała w wykładowców niechętnie dzielących się wiedzą...

Autorka pisze o dziurze pokoleniowej, jednak mam wrażenie, że to właśnie takie traktowanie studentów jest przyczyną braku nowych specjalistów. Jest takie stare ludowe powiedzenie: „Czym skorupa za młodu nasiąknie, tym na starość trąci”. To właśnie wykładowcy dawali nam taki wzorzec na uczelni, nie możemy zatem się dziwić, że ci, którzy doksztalcali

się rzeczywiście za własne, niejednokrotnie spore pieniądze, nie chcą się dzielić wiedzą z innymi. Bo niby dlaczego? Najważniejsze, żeby nie zrobić krzywdy pacjentowi, a jak ktoś chce się kształcić, proszę bardzo, ale nie „na moim garbie”. Myślę, że każdy z nas powinien zrobić rachunek sumienia, czy było się i jest w stosunku do młodszych kolegów – studentów, stażystów czy po prostu znajomych – kimś, kto daje więcej niż może.

Autorka poruszyła również temat „lekarzy dla ubogich”, jak zostali nazwani ci, którzy przyjmują pacjentów w ramach kontraktów z NFZ. Owszem, ważne jest, by mniej zamożni też mieli dostęp do stomatologów, ale jeśli trendy w stomatologii już dawno się zmieniły i do lamusa odeszły srebrne ćwieki, a mielibyśmy leczyć w koferdamie i wypełniać kanały ciepłą gutaperką, to tak – NFZ jest winien temu, że stomatologia „na NFZ” zatrzymała się na poziomie lat 80. ubiegłego wieku, gdzie króluje amalgamat, evicrol i endomethazon jako wypełnienie kanałów, a „okład z kleszczy” jest lekarstwem na trudniejszy przypadek.

Kończąc, chciałbym podziękować tym, którzy sprawili, że jestem lekarzem dentystą (nie stomatologiem estetycznym) – głównie mojej opiekunce stażu podyplomowego i kilku wykładowcom, którzy dzięki pracy i podejściu do studenta zbudowali swój autorytet i mieli duży wpływ na mnie i wszystkie moje koleżanki i kolegów z roku.

A ostatnie zdanie z artykułu „Specjalizacje w stomatologii – kontrowersje” do serca powinniśmy wziąć sobie wszyscy, również autorka. ■

Krzysztof Woliński

Lekarz
dentysta

Myślę, że każdy z nas powinien zrobić rachunek sumienia, czy było się i jest w stosunku do młodszych kolegów kimś, kto daje więcej niż może.





Marek Szewczyński

**Radca prawny NIL,
Ośrodek Uznawania
Kwalifikacji, Komisja
Stomatologiczna,
Dział Współpracy
Międzynarodowej**

*Według
niedawnych
wyliczeń
dokonanych
przez
członków
KS NRL,
rzeczywisty
koszt
jednego
małego
zdjęcia
zębowego
wynosi – w
zależności
od regionu
– od 62 do
80 zł.*

Rentgenodiagnostyka

Stosowanie promieniowania jonizującego w stomatologii – zarys obowiązujących regulacji prawnych i wątpliwości co do ich zasadności.

Jak wiadomo, rentgenodiagnostyka jest w stomatologii coraz powszechniej stosowana, zdjęcia rentgenowskie stały się dla lekarzy dentystów w zasadzie podstawowym narzędziem diagnostycznym – potwierdza to m.in. fakt, że wśród zarejestrowanych w Polsce aparatów rtg większość stanowią stomatologiczne aparaty do zdjęć wewnątrzustnych.

Stosowanie promieniowania jonizującego dla celów medycznych jest poddane daleko idącym regulacjom prawnym, określającym szereg wymogów i ograniczeń, których celem jest zapewnienia bezpieczeństwa oraz ochrona życia i zdrowia ludzkiego.

Środowisko stomatologiczne poddaje jednak w wątpliwość zasadność części wymogów odnoszących się do radiologii stomatologicznej, uważając, że są zbyt rygorystyczne, nie odpowiadają rzeczywistej skali potencjalnego zagrożenia i są przyczyną zbyt wysokich kosztów.

Wymogi prawne

Podstawowe przepisy regulujące stosowanie promieniowania jonizującego w celach medycznych zawarte są w rozdziale 3a Prawa atomowego¹, który pojawił się w ustawie w 2004 r., mając na celu pełne dostosowanie Prawa atomowego do przepisów Unii Europejskiej².

Prawo atomowe nakłada takie m.in. obowiązki jak:

- cykliczne (certyfikat ważny 5 lat) odbywanie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta przez osoby wykonujące badania i zabiegi radiologiczne;
- wprowadzenie systemu zarządzania jakością;
- przeprowadzanie testów urządzeń radiologicznych oraz audytów klinicznych.

Szczegółowe regulacje dotyczące powyższych wymogów zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia wydane na podstawie art. 33c Prawa atomowego³. Ma ono, zgodnie z upoważnieniem ustawowym, zapewniać wysoką jakość usług medycznych przy uwzględnieniu standardów obowiązujących w UE. Rozporządzenie określa m.in.:

- zawartość dokumentacji systemu zarządzania jakością;
- zakres i częstotliwość testów urządzeń, które dzielą się na testy odbiorcze i eksploatacyjne (podstawowe i specjalistyczne) oraz podmioty uprawnione do przeprowadzania testów;
- ramowy program szkolenia z ochrony radiologicz-

nej pacjenta, tryb składania egzaminu i wysokość opłaty;

- ograniczenia w stosowaniu jeźdźnego i przenośnego sprzętu radiologicznego;
- zakres i częstotliwość klinicznego audytu wewnętrznego i zewnętrznego.

Istotne znaczenie mają także przepisy związane z uzyskiwaniem uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu S⁴, określające wymagany zakres szkolenia oraz sposób i tryb przeprowadzania egzaminu.

Kilka słów komentarza

Analizując, na ile zasadne są omawiane regulacje, należy przede wszystkim wskazać, że dyrektywa 97/43/Euratom, którą powyższe akty wdrażają do polskiego prawa, zobowiązuje państwa UE do zapewnienia, aby spełniane były określone cele i wymogi, jednakże dyrektywa formułuje je w sposób bardzo ogólny⁵.

Można stwierdzić, że przepisy dyrektywy same w sobie nie stanowią wystarczającej podstawy do konkretnych rozwiązań przyjmowanych w ustawodawstwach krajowych. Dotychczas nie stworzono jednolitych rozwiązań w omawianym zakresie i każde państwo UE może wypracować własne procedury działania i ustanowić szczegółowe wymogi. Podstawą regulacji prawnych mogą być np. opracowania wydawane przez Komisję Europejską pod nazwą „Radiation Protection series”⁶. Mają one jednak charakter rekomendacji – nie są wiążące dla państw członkowskich i zostały opracowane w celu ułatwienia wdrażania dyrektywy.

Wydaje się, że faktycznie część przyjętych w Polsce wymagań odnoszących się do radiologii stomatologicznej jest zbyt daleko idąca. Szczegółowo argumentowała to Komisja Stomatologiczna NRL, opiniując kolejne projekty omawianych rozporządzeń. Większość uwag i zastrzeżeń oraz popierającej je argumentacji nie była jednak na poszczególnych etapach prac uwzględniana.

Zdając sobie sprawę z potrzeby zapewnienia ochrony zarówno pacjentom, jak i personelowi, stomatolodzy wskazują, że wymogi związane z eksploatacją aparatów wewnątrzustnych są w nieuzasadniony sposób rozbudowane, co wcale nie przekłada się na bezpieczeństwo, a jedynie podnosi koszty. Najczęściej krytykuje się zakres i częstotliwość testów oraz audyty, które są nadmierne w stosunku do zagrożenia, jakie mogą powodować aparaty stosowane w stomatologii.

Lekarze podkreślają, że spełnianie wszystkich wymagań nie tylko zajmuje im zbyt wiele czasu, ale wiąże się też z nadmiernymi nakładami finansowymi (a to w prosty sposób przekłada się ostatecznie na koszty świadczeń ponoszone przez pacjentów). Według niedawnych wyliczeń dokonanych przez członków KS NRL, uwzględniających koszty zakupu sprzętu oraz wiążące się z obowiązkami wynikającymi z przepisów prawnych, rzeczywisty koszt jednego małego zdjęcia zębowego wynosi – w zależności od regionu – od 62 do 80 zł.

Podjęmowane działania

Samorząd lekarski zgłosił konkretne postulaty zmian w omawianym zakresie. Spotkały się one z poparciem krajowego konsultanta w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. Obejmowały m.in. propozycje:

- opracowania i nieodpłatnego udostępnienia jednostkom ochrony zdrowia wzoru dokumentacji dot. zarządzania jakością (tzw. księga jakości);
- zmniejszenia zakresu i częstotliwości testów eksploatacyjnych rentgenowskich aparatów stomatologicznych;
- umożliwienia stosowania w stomatologii jeżdżącego sprzętu radiologicznego bez ograniczeń związanych ze stanem pacjenta;
- określenia, że kliniczne audyty wewnętrzne rentgenowskich aparatów stomatologicznych przeprowadza się jednoosobowo;
- odstąpienia od przeprowadzania klinicznych audytów zewnętrznych w odniesieniu do rentgenowskich aparatów stomatologicznych do zdjęć wewnątrzustnych.

Ponadto zaproponowano zmianę w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi zmierzającą do jednoznacznego określenia, że do gabinetów stomatologicznych nie stosuje się przepisu, zgodnie z którym w gabinetach rentgenowskich nie można umieszczać sprzętów ani urządzeń niezwiązanych z działaniem aparatów rentgenowskich lub z wykonywanymi procedurami radiologicznymi. Dotychczas jednak prace legislacyjne nie zostały podjęte.

Z prawnego punktu widzenia wydaje się, że uzasadnione jest kontynuowanie prac nad określeniem rzeczywistego zakresu potrzeb i wymogów, które zapewniłyby bezpieczeństwo w dziedzinie radiologii stomatologicznej na właściwym poziomie, uwzględniającym aktualny stan wiedzy oraz technologii.

Dobrym krokiem ku temu byłaby rzetelna analiza prawno-porównawcza regulacji przyjętych w innych państwach UE, które są przecież oparte na tym samym prawie unijnym. Dotychczas uzasadnienia projektów polskich aktów prawnych takich informacji nie zawierały. Być może wnioski z takiej analizy uzasadniałyby zniesienie lub złiberalizowanie niektórych wymagań, a co za tym idzie – pozwoliłyby ograniczyć wspomniane już koszty ponoszone przez świadczeniodawców i – w efekcie – pacjentów. ■

¹ Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (tj. Dz. U. z 2012 r., poz. 264).

² Dyrektywa Rady 97/43/Euratom z dnia 30 czerwca 1997 r. w sprawie ochrony zdrowia osób fizycznych przed niebezpieczeństwem wynikającym z promieniowania jonizującego związanego z badaniami medycznymi oraz uchylająca dyrektywę 84/466/Euratom (Dz. Urz. WE L180 z 09.07.1997).

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie

Przepisy i ekonomia

Posiadanie aparatu rtg w indywidualnej praktyce lekarskiej podnosi standard gabinetu i rozszerza możliwości diagnostyczne oraz zwiększa komfort pracy lekarza. Szczególnie jest to istotne w czasie leczenia endodontycznego, gdzie standardem jest wykonanie zdjęcia rtg przed zabiegiem, w trakcie oraz po zakończeniu leczenia. Jednakże koszt zakupu lampy rtg oraz cyfrowego „przetwornika” zdjęć, tj. radiowizjografii łączy się ze znacznym wydatkiem. Koszt takiej inwestycji to ok. 30-35 tys. zł. Do tej kwoty należy doliczyć koszt eksploatacji i kontroli działania lampy rtg, które określają przepisy w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Aparat rentgenowski stomatologiczny powinien być zainstalowany w gabinecie rentgenowskim, którego powierzchnia nie może być mniejsza niż 9 m². Taki gabinet musi być przygotowany i odebrany przez sanepid.

Lekarz dentysta wykonujący zdjęcia rtg zobowiązany jest do ukończenia kursu i zdania egzaminu udokumentowanego odpowiednim certyfikatem z zakresu „Ochrona radiologiczna pacjenta”. Koszt takiego kursu to ok. 570 zł. Certyfikat ważny jest przez 5 lat.

Lekarz dentysta pracujący w warunkach narażenia na promieniowanie

jonizujące ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim co 3 lata. Koszt tych badań zamyka się w kwocie ok. 150 zł. Raz na kwartał obowiązkowy jest odczyt czujników dozymetrii indywidualnej, koszt odczytu i dzierżawy jednego czujnika to ok. 40 zł. Raz w roku konieczne jest wykonanie testów specjalistycznych (tzw. audyt wewnętrzny), koszt to ok. 550 zł. I na koniec koszt usługi inspektora rtg, który waha się od 100-300 zł miesięcznie. Lekarz dentysta może samodzielnie pełnić funkcję inspektora po wcześniej odbytym kursie i zdanym egzaminie. Taki certyfikat ważny jest przez 5 lat. Koszt jego uzyskania to kwota ok. 800 zł. Konieczny jest również zakup dwóch fartuchów ochronnych (jeden dla lekarza i jeden dla pacjenta). To kwota ok. 450 zł za jedną sztukę, razem 900 zł. Niezbędne są także osłonki foliowe na czujnik radiowizjografii przewodowej. Radiowizjografia bezprzewodowa znacznie podnosi koszty wykonania rtg. Sam aparat radiowizjografii jest droższy o ok. 10 tys. zł, droższa jest również eksploatacja aparatu. Dla pacjenta koszt wykonania zdjęcia rtg zęba to kwota od 20-30 zł.

Agata Walkowiak-Śliżuk
Specjalista ortodoncji

warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 51, poz. 265).

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1534)

⁵ np. art. 7: „(...) Państwa Członkowskie zapewniają, że ustanowione są właściwe programy nauczania;”

„Państwa Członkowskie zapewniają kontynuowanie edukacji i kształcenia po uzyskaniu kwalifikacji (...)”; art. 8: „Państwa Członkowskie zapewniają, że: właściwe programy zapewnienia jakości są wprowadzone w życie przez posiadacza urządzenia radiologicznego, (...) przed pierwszym użyciem sprzętu do celów klinicznych przeprowadzone zostało badanie zatwierdzające, a następnie regularnie przeprowadzane są badania jego działania (...)”

⁶ W szczególności można wskazać następujące pozycje:

- nr 91 „Criteria for acceptability of radiological (including radiotherapy) and nuclear medicine installations;”
- nr 116 „Guidelines on education and training in radiation protection for medical exposures;”
- nr 136 „European guidelines on radiation protection in dental radiology. The safe use of radiographs in dental practice”.

1%

Proszę o wsparcie finansowe na leczenie mojej żony Kingi Wędzkiej-Polak – lekarza dentysty. Kinga musi przejść w Niemczech operację guza mózgu. W zebraniu środków na ratowanie jej życia może pomóc **przekazanie 1% podatku** na Śląskie Stowarzyszenie Chorych na SM „SEZAM”. W rocznym zeznaniu podatkowym, w części „wniosek o przekazanie 1% podatku na rzecz organizacji pożytku publicznego (OPP)”, wystarczy wpisać **KRS 0000269884**, a w rubryce „cel szczegółowy”: **dla Kingi Wędzkiej-Polak**. Dziękujemy za wsparcie!
Mirosław Polak
Więcej na www.gazetalekarska.pl



**Rafał
Budzisz**

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

Uprawnienia kontrolne NFZ (część 2)

Publikujemy kolejną część z cyklu artykułów omawiających temat kontroli NFZ.

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 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), jak również zarządzenia Nr 23/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli (Dz. Urz. NFZ z 2009 r., Nr 4, poz. 23 z późn. zm.) określają szczegółowo tryb przeprowadzanej kontroli oraz uprawnienia osób wykonujących czynności kontrolne. Przewidują również procedurę dokumentowania przebiegu kontroli. Zagadnienia te odgrywają szczególnie doniosłą rolę w trakcie kontroli, bowiem nieprawidłowości stwierdzone i udokumentowane w toku kontroli mogą stać się podstawą do nałożenia przewidzianych prawem sankcji na świadczeniodawcę (w tym kar finansowych lub rozwiązania umowy z NFZ).

Świadczeniodawca musi zostać poinformowany o podjętej kontroli, przy czym informacja taka musi dotrzeć do niego najpóźniej w chwili rozpoczęcia czynności kontrolnych. Nie wyklucza to możliwości poinformowania świadczeniodawcy z wyprzedzeniem o planowanej kontroli, zwłaszcza w przypadku konieczności przygotowania w kontrolowanej placówce dokumentów, zestawień czy obliczeń. Ważne jest, aby zawiadomienie o kontroli zostało przekazane osobie uprawnionej do reprezentowania podmiotu kontrolowanego (np. właścicielowi indywidualnej praktyki lekarskiej, zarządowi spółki kapitałowej, wspólnikowi spółki cywilnej – zgodnie z ogólnymi zasadami reprezentacji). W przeciwnym wypadku może ograniczyć to uprawnienia świadczeniodawcy do udziału w czynnościach kontrolnych i w rezultacie naruszyć jego prawo do udzielania informacji czy też składania wyjaśnień, co skutkować może niedopuszczeniem kontrolujących do podjęcia czynności kontrolnych albo uchylenia się od skutków wadliwie rozpoczętej kontroli.

Zawiadomienie o kontroli powinno określać:

- wskazanie podstawy prawnej do przeprowadzenia kontroli,
- nazwę podmiotu kontrolowanego,
- imię i nazwisko kontrolera,
- przedmiot i zakres kontroli,
- miejsce przeprowadzania kontroli,
- termin rozpoczęcia i zakończenia kontroli.

Postępowanie kontrolne z reguły prowadzone jest w siedzibie podmiotu kontrolowanego. Najczęściej w miejscach i w czasie realizowania umowy kontraktowej, lecz jeżeli wymaga tego dobro kontroli czynności kontrolne mogą być wykonywane także w dniach wolnych od pracy i poza godzinami pracy. Jeżeli jednak jest to uzasadnione względami organizacyjnymi, kontrola lub niektóre czynności kontrolne (jak na przykład analiza zestawień, wykazów i inne) mogą być również prowadzone w siedzibie jednostki organizacyjnej NFZ.

Rozpoczynając kontrolę, kontroler zobowiązany jest do okazania świadczeniodawcy, lub osobie przez niego upoważnionej, imiennego upoważnienia do przeprowadzenia kontroli, wraz z legitymacją służbową.

Czynności kontrolne dotyczące dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych mogą być wykonywane przez osoby posiadające wykształcenie medyczne zgodne z realizowanym zakresem kontroli.

Przepisy nakładają na świadczeniodawcę obowiązek udostępnienia kontrolerom żądanej dokumentacji, jak również udzielania w wyznaczonym terminie wszelkiej pomocy i informacji, ustnych lub pisemnych, niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą, w szczególności dotyczących okoliczności powstania nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli. W trakcie kontroli każda osoba może złożyć ustne lub pisemne oświadczenie dotyczące przedmiotu kontroli, natomiast kontrolujący nie może odmówić przyjęcia takiego oświadczenia, o ile ma ono związek z przedmiotem kontroli.

Zgodnie z definicją kontroli, kontroler ustala stan faktyczny na podstawie wszystkich dostępnych dowodów zebranych w toku postępowania, do których należą m.in. dokumenty, rzeczy, wyniki oględzin, opinie biegłych oraz pisemne wyjaśnienia i oświadczenia, a także inne dowody, o ile nie są one sprzeczne z prawem i potrzebne są do wyjaśnienia okoliczności będących

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

przedmiotem kontroli. Najczęściej jest to dokumentacja medyczna (zbiorcza i indywidualna), wizytacja pomieszczeń, sprawdzenie wykazanego w ofercie sprzętu i aparatury medycznej (wraz z aktualną dokumentacją techniczną), sprawdzenie wykazu pracowników udzielających świadczenia i zgodności osób wykonujących świadczenia ze zgłoszeniem do NFZ (również w ujęciu dni i godzin udzielanych świadczeń). W toku czynności kontrolnych kontroler ma prawo wstępu do obiektów i pomieszczeń kontrowanej placówki, związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych kontrolą i dokonywania oględzin obiektów lub innych składników majątkowych albo przebiegu określonych czynności związanych z przedmiotem kontroli. Oględziny przeprowadza się w obecności świadczeniodawcy lub osoby przez niego upoważnionej, zaś z przebiegu i wyniku oględzin sporządza się niezwłocznie protokół, który podpisuje osoba przeprowadzająca kontrolę i osoba obecna przy oględzinach. Osoby dokonujące czynności kontrolnych mogą pobierać oraz zabezpieczać materiały dowodowe, a także uzyskiwać wgląd do wszelkich dokumentów związanych z przedmiotem kontroli, żądać od pracowników podmiotów kontrolowanych udzielania ustnych i pisemnych wyjaśnień. Kontrolujący uprawnieni są również do sporządzania lub zażądania od świadczeniodawcy sporządzenia niezbędnych odpisów lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń wykonywanych na podstawie dokumentów, z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej. Koszty tych czynności pokrywa świadczeniodawca, zaś wyjątkiem jest tu kontrola recept, przy której koszty sporządzania kopii i odpisów nie mogą obciążać podmiotu kontrolowanego. Świadczeniodawca lub osoba przez niego upoważniona, jest zobowiązany potwierdzić zgodność odpisów i wyciągów z oryginałami dokumentów oraz prawidłowość zestawień i obliczeń. W razie potrzeby kontrolujący mogą również korzystać z pomocy biegłych lub specjalistów w danej dziedzinie.

Uprawnienia osób kontrolujących idą jeszcze dalej, bowiem w razie podejrzenia, że zachodzi niebezpieczeństwo utraty dowodów osoba przeprowadzająca kontrolę może dokonać ich zabezpieczenia poprzez:

- zamknięcie i opieczątowanie w oddzielnym pomieszczeniu w miejscu prowadzenia działalności przez świadczeniodawcę;
- opieczątowanie i oddanie na przechowanie, za pokwitowaniem, świadczeniodawcy lub osobie przez niego upoważnionej;
- zabranie, za pokwitowaniem, dowodów przez osobę przeprowadzającą kontrolę i przechowywanie ich w siedzibie jednostki dokonującej kontroli.

Kontroler decyduje również o zwolnieniu dowodów spod zabezpieczenia.

Osoba przeprowadzająca kontrolę jest zobowiązana do informowania świadczeniodawcy w toku kontroli o stwierdzonych nieprawidłowościach, a także występujących uchybieniach, które utrudniają sprawne przeprowadzenie kontroli. Obowiązek ten ma umożliwić świadczeniodawcy ustosunkowanie się na bieżąco do wskazanych nieprawidłowości, wyjaśnienie okoliczności nasuwających wątpliwości oraz złożenie pisemnych lub ustnych oświadczeń.

Ważny jest czynny udział świadczeniodawcy lub osób przez niego upoważnionych, w toku czynności kontrolnych, co może przyczynić się do zwiększenia efektywności i obiektywizmu kontroli, a także pełnego korzystania z uprawnień, jakimi dysponuje świadczeniodawca.

Jeżeli czynności kontrolne wykażą okoliczności wskazujące na popełnienie przestępstwa, osoba przeprowadzająca kontrolę niezwłocznie zawiadamia o tym fakcie na piśmie właściwą jednostkę NFZ. ■



**Prof. dr hab.
Wojciech
Rowiński**

Konsultant Krajowy
w dziedzinie
Transplantologii
Klinicznej, Polska
Unia Medycyny
Transplantacyjnej

*Najbogatszy
kraj świata nie
jest w stanie
bez udziału
społeczeń-
stwa
zabezpieczyć
potrzeb
zdrowotnych
osób
z przewlekłą
schyłkową
niewydolnoś-
cią narządów.*

Transplantologia – potrzeby i nadzieje

Badania opinii społecznej wskazują, że wzrasta akceptacja dla przeszczepiania narządów pobieranych od dawców zmarłych, jednak w wielu szpitalach w Polsce nie pobiera się ich, mimo że są możliwości, by takie procedury realizować.

Przyszczepianie narządów rozpoczęło się w Polsce w styczniu 1966 r., kiedy to prof. Jan Nielubowicz przy współpracy prof. Tadeusza Orłowskiego wykonał pierwsze udane przeszczepienie nerki od dawcy zmarłego. Powstało ponad 28 ośrodków w Polsce, w których wykonuje się przeszczepianie nerek, wątroby, serca, płuc, trzustki oraz kończyn. Wyniki przeszczepiania narządów są takie same jak w najlepszych ośrodkach europejskich, jednak liczba wykonywanych operacji jest znacznie mniejsza od potrzeb.

Medycyna transplantacyjna jest niezwykle specjalnością lekarską. Potrzebny jest narząd, który pochodzi od drugiego człowieka – zmarłego dawcy lub dawcy rodzinnego. Najbogatszy kraj świata nie jest w stanie bez udziału społeczeństwa zabezpieczyć potrzeb zdrowotnych osób z przewlekłą schyłkową niewydolnością narządów, które bez przeszczepienia muszą umrzeć.

Od dwóch lat działa ustanowiony przez Rząd RP wieloletni „Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”. Jego założenia mają trzy istotne cele: zwiększenie liczby narządów pobieranych od dawców zmarłych, aktywizację dawstwa rodzinnego nerek oraz uzyskanie wzrostu liczby zarejestrowanych potencjalnych dawców komórek

krwiotwórczych. Środki finansowe programu pozwalają również na rozbudowę i modernizację infrastruktury oraz zakup niezbędnej aparatury.

Program przeszczepiania narządów pobieranych od dawców zmarłych w Polsce rozwija się w miarę dobrze. Liczba dawców narządów w 2012 r. w przeliczeniu na milion populacji wyniosła 16, co odpowiada średniej europejskiej. Doskonale rozwija się program przeszczepiania wątroby. W 2012 r. wykonano ponad 315 takich operacji. Klinika prowadzona przez prof. Marka Krawczyka w WUM jest obecnie najaktywniejszym ośrodkiem europejskim.

Świetnie funkcjonuje program przeszczepiania płuca, który prowadzi prof. Marian Zembala z zespołem w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Kontynuowany jest program przeszczepiania kończyn w Trzebnicy. Ten ośrodek, prowadzony przez prof. Jerzego Jabłeckiego należy do najaktywniejszych w Europie. W tym roku prof. Jabłecki organizuje we Wrocławiu światowy kongres złożonych przeszczepów tkankowych, w tym kończyn.

Polska Ustawa Transplantacyjna jest bardzo dobra, a nasze rozwiązania legislacyjne (i wszystkie rozporządzenia wykonawcze do Ustawy) stanowią w niektórych przypadkach wzór dla innych krajów europejskich. Propozycje

Liczba pobrań narządów od zmarłych w latach 2006–2011*						
Województwo	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Liczba dawców / 1 mln mieszkańców						
dolnośląskie	12,5	6,5	10,6	9,7	12,8	12,1
kujawsko-pomorskie	13,5	12,6	11,7	13,3	14,8	13,3
lubelskie	9,6	4,6	4,6	5,5	4,5	9,5
lubuskie	7,9	8,0	8,0	9,0	20,0	26,0
łódzkie	11,2	7,0	9,4	10,4	19,2	17,6
małopolskie	3,1	0,9	0,6	1,5	3,9	7,9
mazowieckie	12,8	8,7	10,5	8,3	9,4	14,2
opolskie	23,8	12,5	15,4	4,0	13,0	16,0
podkarpackie	0,5	0,9	2,4	1,9	3,3	5,7
podlaskie	20,0	7,6	7,6	15,8	17,5	15,8
pomorskie	14,2	13,1	13,6	15,9	15,5	20,5
śląskie	9,6	8,6	8,2	7,8	,6	12,6
świętokrzyskie	1,6	0,8	4,7	7,8	7,7	6,9
warmińsko-mazurskie	21,7	12,6	14,1	14,3	15,7	19,3
wielkopolskie	24,0	16,9	25,5	24,1	26,2	20,3
zachodnio-pomorskie	34,3	31,9	40,8	34,7	27,6	26,0
Polska	13,0	9,2	11,2	11,0	13,3	14,5

* Kolorami zaznaczono województwa, w których przeprowadzono badanie: kolorem czerwonym województwa o małej liczbie pobrań, kolorem żółtym województwa o średniej liczbie pobrań, kolorem zielonym województwa o dużej liczbie pobrań.

Źródło: www.uniatransplantacyjna.pl

niektórych osób (i instytucji), aby wprowadzić zasadę zgody wprost (zamiast prawa do zarejestrowania swojego sprzeciwu) nie mają żadnego uzasadnienia, ponieważ zmiana sposobu autoryzacji pobrania nie wpłynęłaby na stanowisko rodzin osób zmarłych, które, choć rzadziej niż dawniej, protestują wobec zamiaru pobrania narządów.

Niezwykle potrzebny jest rozwój programu przeszczepiania nerek od dawców rodzinnych. W „Narodowym Programie Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” podjęto specjalne działania w tym zakresie. W pierwszym roku pilotażowy program prowadzono w Warszawskim oraz w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Program zakłada wyszkolenie pielęgniarek stacji dializ w zakresie tematyki przeszczepów rodzinnych i stworzenie stanowiska koordynatora przeszczepów rodzinnych w każdej stacji dializ. Istotną częścią programu, w którym bierze również udział Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej, są spotkania w poszczególnych stacjach dializ z rodzinami pacjentów i pacjentami, z udziałem miejscowego kapelana.

Doskonałe wyniki przeszczepiania narządów spowodowały, że liczby pacjentów oczekujących leczenia wzrastają co roku. Niestety liczba dostępnych narządów pokrywa zaledwie połowę potrzeb społeczeństwa. Niedobór narządów do przeszczepienia jest zjawiskiem ogólnosiątkowym, jednak w Polsce jest on szczególnie widoczny.

Dlatego też Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej prowadzi od 3 lat program „Partnerstwo dla Transplantacji”, którego głównym zadaniem jest zwiększenie aktywności w zakresie pobierania narządów od zmarłych we wszystkich szpitalach w Polsce. Powodzenie programu zależy od wspólnego działania całego środowiska lekarskiego oraz terenowej administracji publicznej i samorządowej.

Przeszczepianie narządów jest unikalną specjalnością medyczną, ponieważ jest to jedyna dziedzina medycyny, w której społeczeństwo ma własny wkład w system ochrony zdrowia. Powinniśmy zrozumieć to również my – lekarze. Wszystkie ostatnio przeprowadzane badania opinii społecznej wskazują na znaczną poprawę akceptacji przeszczepiania narządów pobieranych od dawców zmarłych. Mimo tego istnieje szereg szpitali w Polsce, w których nie pobiera się w ogóle narządów, mimo że byłoby to możliwe. Dlaczego tak jest? Sądzę, że nie do przecenienia jest rola Okręgowych Izb Lekarskich, które mogłyby aktywnie włączyć się w promocję tej metody leczenia. Musimy pamiętać, że pamiętanie o możliwości pobierania narządów od zmarłych jest jednym z naszych obowiązków lekarskich.

Powinien wreszcie zrozumieć to Resort Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia i zlikwidować wszelkie opóźnienia w płatnościach za procedury oraz jakiegokolwiek limity w tej dziedzinie. ■

*Niezwykle
potrzebny
jest rozwój
programu
przeszczepiania
nerek od
dawców
rodzinnych.*

**prof.
Wojciech
Zgliczyński**

Zjazd PTMiA

Renesans hormonalnej terapii zastępczej to główny wniosek wynikający z obrad IX Zjazdu Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy, który odbył się w Krynicy-Zdroju w dniach 8-9 lutego 2013 r.

W jednym z hoteli w Krynicy, polskim „Davos”, spotkało się pięciu prezydentów, przewodniczących pięciu medycznych towarzystw naukowych (PTMA, PTG, PTE, PTMPP i PTGE) wraz z ponad trzystu uczestnikami zjazdu, reprezentującymi wszystkie zainteresowane ośrodki naukowe naszego kraju. Obrady otworzył prezes PTMA prof. dr hab. Tomasz Paszkowski (Lublin), organizator tego bardzo dobrze przygotowanego i poprowadzonego Zjazdu. Na początku pierwszej sesji naukowej jej przewodniczący – prof. Ryszard Poręba (Katowice) – otrzymał dyplom honorowego członka Polsko-Amerykańskiego Towarzystwa Ginekologicznego. W wykładzie inauguracyjnym zjazdu zwrócono uwagę na to, że zdrowotne problemy okresu menopauzy i zależnego od wieku hipogonadyzmu („andropauzy”) nieodłącznie wiążą się z procesem starzenia nie tylko gonad, ale i innych ważnych dla życia tkanek i narządów. Uzupełnianie niedoborów hormonalnych – estradiolu u kobiet po 50 r. ż. i testosteronu u starszych mężczyzn – wpływa korzystnie na jakość życia i obiektywne wskaźniki zdrowia. Nieprzestrzeganie dawniej i obecnie obowiązujących zasad stosowania hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) przyczyniło się do ujawnienia rzadko występujących działań niepożądanych. Wyolbrzymianie ich w środkach masowego przekazu przyczyniło się do niemal całkowitego zakwestionowania dobroczynnego działania uzupełniania niedoborów hormonalnych, głównie u kobiet.

Po 50. roku życia, wraz z wiekiem i pogłębiającą się niedoczynnością gonad, wzrasta ryzyko: otyłości, ze-

społu metabolicznego, cukrzycy, miażdżycy, osteoporozy, nowotworów i chorób neurodegeneracyjnych, w tym choroby Alzheimera, która u kobiet po menopauzie staje się problemem numer jeden.

Odpowiednio stosowana przezskórna HTZ wpisuje się w ogólną strategię przeciwdziałania przedwczesnemu starzeniu i rozwojowi chorób podeszłego wieku.

Na zakończenie IX Zjazd PTMA nadał członkostwo honorowe trzem byłym prezesom Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy oraz dokonał wyboru nowego Zarządu i Komisji Rewizyjnej. Prezesem PTMA został wybrany prof. Wojciech Zgliczyński (Warszawa), a wiceprezesami – prof. Violetta Skrzypulec-Plinta (Katowice) i prof. Romuald Dębski (Warszawa).

Do Zarządu Głównego PTMA weszli:
Wojciech Zgliczyński – prezes (Warszawa)
Violetta Skrzypulec-Plinta – wiceprezes (Katowice)
Romuald Dębski – wiceprezes (Warszawa)
Beata Cybulska – sekretarz (Warszawa)
Katarzyna Wernic – skarbnik (Warszawa)
Tomasz Paszkowski (Lublin)
Tomasz Pertyński (Łódź)
Małgorzata Bińkowska (Warszawa)
Magdalena Sendrakowska (Kraków)
Anna Sobczuk (Łódź)
Ewa Styk (Lublin) (Łódź)
Grzegorz Stachowiak ■

REDAKCJA INFORMUJE

Opublikowany w „Gazecie Lekarskiej” 02/2013 (s. 34) artykuł prof. Jana Duławy „Powołanie i poczucie obowiązku” był wersją skróconą tekstu nadanego przez autora i nieautoryzowaną. Redakcja zmuszona była dokonać skrótów ze względu na ograniczoną powierzchnię do publikacji. Pełna treść artykułu znajduje się na naszej stronie internetowej www.gazetalekarska.pl.

Za zaistniałą sytuację serdecznie przepraszamy.

Redakcja



BIULETYN

Nr 2 (147) Rok XXIV Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, IV 2013

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL - 22 lutego 2013 roku

UCHWAŁA Nr 1/13/P-VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 22 lutego 2013 r.

w sprawie uczestnictwa członków Naczelnej Rady Lekarskiej w VIII Światowym Kongresie Polonii Medycznej oraz posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w Krakowie

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 114 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.), uchwala się, co następuje:

§1.

Ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej pokrywane są następujące koszty uczestnictwa członków Naczelnej Rady Lekarskiej w obradach VIII Światowego Kongresu Polonii Medycznej, który odbędzie się w Krakowie w dniach 23-25 maja 2013 r.:

1/ wpisowe w kwocie 600 zł od osoby,
2/ koszty 2 noclegów (23/24.V oraz 24/25.V) oraz koszty podróży, zgodnie z uchwałą Nr 15/02/IV Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie zasad i trybu zwrotu kosztów podróży, diet podróży i innych świadczeń dla członków samorządu lekarskiego delegowanych na obszarze kraju do wykonywania czynności na rzecz organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz diet samorządowych.

§ 2.

Posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej, zaplanowane na dzień 24 maja 2013 r. odbędzie się w Krakowie.

§ 3.

Z tytułu uczestnictwa w VIII Światowym Kongresie Polonii Medycznej oraz jednoczesnego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej członkom Naczelnej Rady Lekarskiej nie przysługuje dieta samorządowa, o której mowa w uchwale wymienionej w §1 pkt 3.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 2/13/P-VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 22 lutego 2013 r.

w sprawie przyjęcia założeń nowego systemu wystawiania recept przez lekarzy

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 114 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.), uchwala się, co następuje:

§1.

Przyjmuje się założenia nowego systemu wystawiania recept przez lekarzy stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do Uchwały
Nr 2/13/P-VI

Założenia nowego systemu wystawiania recept przez lekarzy

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej przy podejmowaniu prac legislacyjnych nad nowym systemem wystawiania recept przez lekarzy i lekarzy dentystów należy uwzględnić następujące główne tezy:

- 1) Uprawnienie lekarza/lekarza dentysty do wystawiania recept wynika z posiadanego przez niego prawa wykonywania zawodu, w ramach którego przeprowadza on badanie pacjenta, stawia rozpoznanie i ordynuje leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia lub wyroby medyczne, które są wskazane w tych okolicznościach. To ustawowe uprawnienie nie wymaga uzyskania dodatkowych zezwoleń. Należy zatem zlikwidować obowiązek zawierania umów na wystawianie refundowanych recept, jak również z umów o świadczenia zdrowotne wykreślić zapisy dotyczące wystawiania recept. Ustalenie prawa pacjenta do refundacji – za wyjątkiem niektórych chorób przewlekłych (dawniej „P”) – powinno następować na etapie realizacji recepty, a nie jej wystawiania. Wystawienie recepty jest czynnością medyczną i powinno być oddzielone od kwestii dotyczących odpłatności za lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób medyczny.
- 2) Uprawnienie lekarza/lekarza dentysty do wystawiania recept należy wiązać z wykonywaniem obowiązków określonych w art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczących zasad wykonywania zawodu, 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.
- 3) Sposób wystawiania recepty powinien być uproszczony – wszelkie dane dotyczące lekarza/lekarza dentysty winny być zawarte w kodzie kreskowym – lekarz jedynie podpisuje receptę.
- 4) Nie jest zadaniem lekarza/lekarza dentysty rozstrzyganie o poziomie refundacji leku; z wiedzy medycznej, którą posiada może wynikać jedynie obowiązek odpowiedniego oznaczania recepty w przypadku niektórych chorób przewlekłych (dawniej „P”).
- 5) Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia lub wyroby medyczne, które zdaniem ustawodawcy czy Ministra Zdrowia powinny być refundowane – powinny mieć tylko jeden poziom refundacji, różnicowanie poziomu refundacji w zależności od rodzaju schorzenia, czy wręcz określonego typu danego schorzenia jest zbędne i całkowicie

niezrozumiałe dla pacjentów - utrudnia albo niekiedy nawet uniemożliwia skuteczną kurację. Wyjątek może dotyczyć jedynie niektórych chorób przewlekłych (dawniej „P”).

- 6) Należy odstąpić od wiązania refundacji z Charakterystyką Produktu Leczniczego, bowiem informacje zawarte w dokumencie rejestracyjnym produktu nigdy nie były i nie są „instrukcją obsługi produktu”. Należy powrócić do systemu prawa pacjenta do refundacji każdego leczenia zaordynowanego przez lekarza/lekarza dentyście. Oczywiście lekarze i lekarze dentyści ordynując leczenie muszą przestrzegać ogólnej zasady obowiązku leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.
- 7) Nie należy do obowiązków lekarza/lekarza dentystry badanie uprawnień pacjenta do leków refundowanych, jak również jego szczególnych uprawnień np. w przypadku inwalidów wojennych lub wojskowych. Wydaje się przy tym, że po wdrożeniu systemu EWUŚ i obciążeniu lekarzy/lekarzy dentystry obowiązkiem wpisywania na receptę numeru PESEL pacjenta, nie powinno to stanowić problemu dla realizującego receptę.
- 8) 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/lekarzowi dentyście rzeczywistą obronę swoich racji, a w przypadku, gdy zdaniem NFZ popełniono przestępstwo – ściganiem powinny zająć się odpowiednie organy.

Dla realizacji powyższych zasad niezbędne będą zmiany ustawowe:

- ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry – przede wszystkim w zakresie art. 45, tj. zmiany w ust. 1 (wykreślenie odesłania do odrębnych przepisów), skreślenie ust. 2 i 3; w ust. 5 należy z treści upoważnienia do wydania rozporządzenia wykreślić zapisy o sposobie realizacji recept i kontroli, bowiem dotyczy to aptek i ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie jest właściwym miejscem do tych regulacji. Należy przy tym zauważyć, że wówczas akt wykonawczy, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich ulegnie znaczącemu skróceniu. Kwestionowane zapisy niewątpliwie nie zasługują na przymiot przyzwoitej legislacji.

- ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - przywrócić zapisy dotyczące uprawnień ubezpieczonych do otrzymywania leków refundowanych, bo jest to element świadczenia zdrowotnego, a w art. 43-47 wykreślić zapisy dotyczące lekarzy/lekarzy dentystry uprawnionych do wystawiania refundowanych recept, tj. lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarzy, którzy zawarli umowę z NFZ.

- w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – z definicji, zawartych w art. 2 wykreślić pkt 14, tj. definicję osoby uprawnionej, zmienić art. 6 przywracając regulacje, które dotyczyły chorób przewlekłych oraz uprościć kategorie dostępności refundacyjnej, w art. 48 w ust. 1 wykreślić osobę uprawnioną i wpisać lekarza (lekarza dentyście) posiadającego prawo wykonywania zawodu oraz felczera, skreślić dalsze ustępy.

**Stanowisko 1/13/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 22 lutego 2013 r.**

w sprawie założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej w związku z transpozycją dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej w związku z transpozycją dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdro-

wotnej przekazanego przy piśmie pana Igora Radziejewicza-Winnickiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 8 lutego 2013 r., znak: MZ-UZ-AK-70-25574-28/RB/13, przekazuje następujące uwagi:

Wprowadzenie rozwiązań prawnych przewidzianych w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej wymaga prawidłowego odczytania zamiaru prawodawcy unijnego. Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że część rozwiązań zaproponowanych w założeniach do projektu ustawy rozmiąga się z celem dyrektywy, jakim było stworzenie mechanizmu zapewniającego pacjentowi zwrot kosztów opieki zdrowotnej uzyskanej w innym kraju członkowskim, jeśli świadczenie to mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w swoim państwie ubezpieczenia, a przez to likwidację jednej z barier dla przemieszczających się po krajach Unii Europejskiej obywateli państw członkowskich.

Samorząd zawodowy lekarzy zgłasza następujące zastrzeżenia do założeń projektu ustawy:

Założenia projektu ustawy przewidują, że zwrot kosztów nie będzie obejmował leków zakupionych w innym kraju unijnym, jeśli leki te są refundowane w Polsce tylko w ramach programów lekowych. Rozwiązanie to narusza art. 1 ust. 3 dyrektywy, który wyłącza zastosowanie przepisów dyrektywy tylko wobec opieki długoterminowej, przydziału narządów przeznaczonych do przeszczepów oraz programów powszechnych szczepień przeciwko chorobom zakaźnym. Wykluczenie leków objętych programem lekowym z zakresu działania dyrektywy utrudnia realizację jej podstawowych celów.

Zastrzeżenia budzi planowany mechanizm obliczania kosztów transgranicznej opieki medycznej, które będą zwracane ubezpieczonemu. Założenia projektu ustawy przewidują w tym zakresie odesłanie do średniej kwoty refundacji przewidzianej dla danego świadczenia w umowach zawartych przez dany oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Przyjęcie tej zasady spowoduje, że pacjenci zamieszkali w różnych województwach otrzymają niejednakową kwotę zwrotu wydatków poniesionych na świadczenie zdrowotne udzielone za granicą. Nierówne traktowanie ubezpieczonych w zakresie zwrotu kosztów leczenia transgranicznego budzi wątpliwości, ponieważ ubezpieczeni z różnych województw – jeśli zdecydowali się skorzystać ze świadczeń na terenie Polski, ponieśliby te same koszty lub na równych prawach skorzystaliby z bezpłatnych świadczeń. Ponadto zaproponowane rozwiązanie stoi w sprzeczności z art. 7 ust. 6 dyrektywy, który nakazuje stworzyć przejrzysty mechanizm obliczania kosztów, które podlegają zwrotowi na rzecz ubezpieczonego korzystającego z transgranicznej opieki medycznej. Zamieszczona w założeniach projektu ustawy metoda średniej ceny refundacji świadczenia w oddziale wojewódzkim NFZ nie spełnia kryterium przejrzystości, ponieważ pozwala na przyjęcie bardzo wielu wariantów jej obliczenia.

Niepokojąca jest zapowiedź realizacji wniosków o zwrot kosztów świadczeń poniesionych na transgraniczną opiekę medyczną z uwzględnieniem zasady gospodarności. Taki zapis ogranicza prawo do uzyskania zwrotu kosztów opieki medycznej o nieprzewidziane przez dyrektywę kryterium. Ponadto kryterium to jest dość niejasne i nie odpowiada narzuconym przez dyrektywę warunkom przejrzystości ustalania refundowanego ubezpieczonym kosztu transgranicznej opieki medycznej.

Założenia projektu ustawy przewidują, że zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej będzie dokonywał oddział wojewódzki NFZ, a w razie odmowy zwrotu, ubezpieczony będzie mógł złożyć skargę do wojewódzkiego sądu administracyjnego. Zaproponowany mechanizm nie odpowiada standardom dyrektywy oraz charakterowi prawem sprawy o zwrot kosztów. Ubezpieczony powinien mieć zapewnioną możliwość skierowania sprawy na drogę postępowania przed sądem powszechnym, ponieważ jego roszczenie o zwrot wydatków poniesionych za granicą ma charakter majątkowy i powinno być powierzone kognicji sądu powszechnego, a nie

administracyjnego. Planowana ustawa powinna jednocześnie zapewnić, aby prowadzenie sprawy o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej było zwolnione od kosztów sądowych.

Dyrektywa przewiduje możliwość wprowadzenia obowiązku uzyskania uprzedniej zgody władz krajowych na uzyskanie świadczenia zdrowotnego za granicą, niemniej jednak wyraźnie zastrzega, iż niedopuszczalne jest tworzenie nieuzasadnionych przeszkód w swobodnym przepływie pacjentów. Za sprzeczną z celem dyrektywy należy uznać zawartą w założeniach do projektu ustawy propozycję, aby konieczna była uprzednia zgoda NFZ na skorzystanie z transgranicznej opieki medycznej, jeśli świadczenie zdrowotne może być udzielone w Polsce w czasie nieprzekraczającym maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania. Nie ma obecnie żadnych przejrzystych mechanizmów, które pozwoliłyby ustalić, jaki czas oczekiwania jest dopuszczalny, jeśli natomiast kryterium dopuszczalnego czasu oczekiwania będzie stworzone, to musi ono bazować wyłącznie na kryteriach medycznych, a nie administracyjnych czy finansowych.

Niepokój budzi fakt, że wśród kosztów wprowadzenia ustawy nie wymienienia się kosztów transgranicznych świadczeń szpitalnych. Oznacza to, że projektodawca nie planuje w ogóle udzielać zgód na leczenie szpitalne za granicą. Tego rodzaju założenie jest niezgodne zarówno z przepisami, jak i celem dyrektywy, która ogranicza przypadki odmowy udzielania zgody tylko do sytuacji nadzwyczajnych związanych z bezpieczeństwem ubezpieczonego lub bezpieczeństwem publicznym oraz sytuacji, gdy opieka medyczna może być udzielona w kraju w terminie uzasadnionym względami medycznymi przy uwzględnieniu stanu zdrowia pacjenta.

Niezrozumiały jest również fakt, że poza obowiązkiem podawania informacji o dostępności, jakości i cenach świadczeń, nie planuje się wprowadzenia dalszych przepisów określających zasady udzielania przez polskie podmioty wykonujące działalność leczniczą świadczeń opieki zdrowotnej obywatelom innych państw członkowskich Unii Europejskiej. W ocenie samorządu lekarskiego brak takich regulacji może skutkować powstaniem wątpliwości interpretacyjnych na etapie stosowania ustawy. Celowe byłoby uregulowanie takich kwestii, jak możliwość i tryb udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i inne podmioty lecznicze sfery publicznej, język w którym ma być prowadzona dokumentacja medyczna, dokumenty, których przedłożenie należy wymagać od pacjenta z zagranicy.

Podstawowym celem dyrektywy jest ułatwienie pacjentom dostępu do bezpiecznej i wysokiej jakości transgranicznej opieki zdrowotnej, dlatego Naczelna Rada Lekarska postuluje aby rozwiązania przyjmowane w polskim prawodawstwie zmierzały do realizacji tego celu poprzez uproszczenie dostępu do zagranicznych świadczeń opieki zdrowotnej i ograniczanie barier administracyjnych. Zaproponowana regulacja prawna nie realizuje tego celu w wystarczającym zakresie.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

Apel Nr 1/13/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 22 lutego 2013 r.
do Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zasad kontraktowania świadczeń specjalistycznych

Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem do Narodowego Funduszu Zdrowia o wprowadzenie na dziesięcioletni okres przejściowy zmian warunków kontraktowych świadczeń zdrowotnych, umożliwiających wykonywanie świadczeń specjalistycznych lekarzom i lekarzom denty stom posiadającym pierwszy stopień specjalizacji.

Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że jednym z najważniejszych aspektów prawidłowego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest zapewnienie im pełnego dostępu do tych świadczeń. Problemem, wymagającym szczególnej uwagi jest występowanie ograniczeń w dostępie do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, niezbędnych dla sprawowania prawidłowej opieki lekarskiej.

Ograniczenia te są zaostrzane przez warunki postępowania konkursowych w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Kryteria oceny ofert, przyjęte w powyższych postępowaniach sprzyjają eliminowaniu lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji, prowadząc w konsekwencji do pozbawiania ich możliwości wykorzystania zdobytych umiejętności zawodowych, a nawet do utraty miejsc pracy.

Istnieje ryzyko eliminacji praktyk prowadzonych przez lekarzy i lekarzy denty stom z pierwszym stopniem specjalizacji. Punktacja ofert pomija zupełnie kwalifikacje, jakie w trakcie szkolenia i lat pracy również uzyskali lekarze legitymujący się specjalizacją pierwszego stopnia.

W przypadku większości świadczeń stomatologicznych, obecnie obowiązująca punktacja uniemożliwia np. prawidłowe wyważenie wszystkich atutów w całościowej ocenie oferentów.

Naczelna Rada Lekarska uważa, że niezbędna jest zmiana kryteriów oceny ofert oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców, która uwzględni dyspozycję art. 64 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. – o zawodach lekarza i lekarza denty stom stanowiącego, że lekarz, który na podstawie dotychczasowych przepisów uzyskał specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia w określonych dziedzinach medycyny i specjalnościach medycznych, zachowuje tytuł i uprawnienia wynikające z uzyskania tych specjalizacji.

Biorąc pod uwagę czas aktywności lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji, niezbędne jest wprowadzenie na dziesięcioletni okres przejściowy zmian warunków konkursowych, umożliwiających tej grupie zawodowej dalsze wykonywanie świadczeń specjalistycznych. Wielu bowiem lekarzy o ogromnym doświadczeniu i dorobku zawodowym, cieszących się doskonałą opinią kolegów i zaufaniem pacjentów legitymuje się uzyskaniem pierwszego stopnia specjalizacji. Wymagania stawiane obecnie świadczeniodawcom nie uwzględniają tego faktu i eliminują wielu dobrych fachowców z grona osób, które pozwalają świadczeniodawcom na uzyskanie lepszej oceny oferty składanej w postępowaniu o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Doświadczeni lekarze, którzy uzyskali na podstawie obowiązujących wcześniej przepisów specjalizację pierwszego stopnia, powinni być traktowani, jako spełniający kryteria kwalifikacji niezbędnych do udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Nieracjonalny wydaje się stan, w którym uniemożliwia się praktycznie wykonywanie zawodu doświadczonym i cenionym fachowcom przy ciągłym niedoborze lekarzy specjalistów i ograniczeniach w dostępie do udzielanych przez nich świadczeń.

Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że także zasady kontraktowania świadczeń w wąskich specjalnościach budzą poważne zastrzeżenia. Wylimitowanie z możliwości udzielania tych świadczeń lekarzy posiadających specjalizację w głównych dziedzinach medycyny, którzy przez wiele lat wykonywali czynności, obecnie przewidziane tylko dla bardzo wąskiej grupy specjalistów, uniemożliwia im wykonywanie zawodu, bo ich praca nie jest objęta kontraktem z NFZ. Odbija się to także ze szkodą dla pacjentów, bo nie można nie doceniać doświadczenia zawodowego i często wieloletniego kontaktu z konkretnymi pacjentami. Rozumiejąc potrzebę doskonalenia zawodowego i konieczności rozwoju zawodowego, związanego z rozwojem medycyny, jednak raptowne eliminowanie z rynku pracy doświadczonych lekarzy, przy częstym braku następców, pogłębi trudności pacjentów w uzyskiwaniu specjalistycznych świadczeń.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

Więźniowie potrzebują lekarzy

Lidia
Sulikowska

*Osadzeni
mają
zapewnioną
całodobową
opiekę
medyczną
oraz dostęp
do pełnego
zakresu
świadczeń
zdrowot-
nych.*

W placówkach leczniczych służby więziennictwa pracuje nieco ponad tysiąc lekarzy. Problemy kadrowe są tu coraz większe, gdyż warunki pracy, z wielu względów, bywają niełatwe.

Obecnie w ramach struktur organizacyjnych jednostek penitencjarnych działa ponad 150 ambulatoriów wraz z izbami chorych (w każdej jednostce musi działać POZ) i gabinetami stomatologicznymi. Jest też 13 szpitali, a w nich 37 oddziałów, pracownie diagnostyczne, gabinety rehabilitacji i fizykoterapii. Jeśli istnieje taka potrzeba, osadzeni mogą skorzystać z usług pozawięziennej służby zdrowia¹. Leczenie mają zagwarantowane bezpłatnie – niezależnie od tego, czy są ubezpieczeni, czy nie – a środki finansowe przekazuje na nie Ministerstwo Sprawiedliwości (NFZ nie partycypuje w kosztach).

Wyniki najnowszego raportu Najwyższej Izby Kontroli, oceniającego sprawowanie opieki medycznej nad osobami pozbawionymi wolności², potwierdzają, że osadzeni mają zapewnioną całodobową opiekę medyczną oraz dostęp do pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych. Wg danych NIK każdy z osadzonych korzystał z porad POZ średnio ponad 21 razy (dane za 2011 r., oczekiwanie na wizytę do 2 dni maks.). Z kolei ze świadczeń stomatologicznych i porad specjalistów każdy osadzony korzystał średnio 3 razy w roku (czas oczekiwania około 14 dni). Co szósty osadzony w ciągu roku korzystał ze świadczeń szpitalnych i 8-krotnie ze specjalistycznych badań. NIK zwracał natomiast uwagę, że nie wszystkie kontrolowane podmioty przestrzegały ustawowego czasu wykonywania badań wstępnych

i kontrolnych, choć w świetle terminów oczekiwania na usługi medyczne dla przeciętnego mieszkańca naszego kraju, uchybienia te nie wyglądają na bardzo alarmujące. Tym bardziej, że nie ma limitów – każdy musi zostać przyjęty.

Nie ma chętnych

W strukturach więziennej ochrony zdrowia pracuje obecnie 953 lekarzy specjalistów oraz 97 lekarzy bez specjalizacji (licząc wszystkie formy zatrudnienia). Nieco ponad połowa z nich jest na pełnym etacie, ale liczba ta stale się zmniejsza. Spadek dotyczy zwłaszcza liczby lekarzy mających status funkcjonariusza SW (oni zarabiają najmniej), ale coraz trudniej pozyskać do pracy w więziennictwie także specjalistów cywilnych. Zdaniem Centralnego Zarządu Służby Więziennej problem z obsadzeniem stanowisk lekarskich będzie się pogłębiał, zwłaszcza że część kadry osiągnęła już wiek emerytalny, a nowi nie zgłaszają się, bo w cywilnej ochronie zdrowia wynagrodzenia są wyższe. – Na początku lat 90. nie było tego problemu, bo wynagrodzenia lekarzy więziennych były wyższe od zarobków oferowanych w cywilnej ochronie zdrowia. Teraz pensje się zrównały, a w wielu przypadkach są mniejsze. Kadra się starzeje, brakuje młodych, ale doświadczonych i samodzielnych lekarzy. Jeśli w najbliższym czasie nie znajdę ortopedy, będę musiał zawiesić działalność oddziału – mówi Lech Malmurowicz, dyrektor ZOZ Aresztu Śledczego Warszawa-Mokotów.

FOTO: Marta Jakubiak

Lekarstwem na ten stan rzeczy mogą być umowy kontraktowe dla lekarzy, ale zdaniem CZSW takie rozwiązanie nie jest w stanie pokryć zapotrzebowania, bo lekarze kontraktowi pracę traktują jako dodatkową i nie są ściśle związani z miejscem pracy, a leczenie w więziennych murach wymaga pełnego zaangażowania. Do prawidłowego funkcjonowania są niezbędne etaty obsadzone doświadczonymi lekarzami, ale nie ma pieniędzy na podniesienie wynagrodzeń, więc pewnie o chętnych na więzienne wakaty będzie trudno. Praca natomiast nie jest łatwa i to zapewne kolejny powód, że lekarzy ona niezbyt interesuje. – Osadzeni są najbardziej roszczeniową grupą pacjentów w Polsce, wciąż piszą skargi na lekarzy. Musimy więc bardzo drobiazgowo prowadzić dokumentację medyczną, bo to ważny dokument w przypadku ewentualnego oskarżenia. Także sama relacja lekarza z pacjentem jest specyficzna. Choć osadzeni nie są niebezpieczni i chyba jest nawet bezpieczniejsze niż w zwykłym szpitalu, to jednak praca nie jest łatwa. Nasi pacjenci często udają chorobę i nie chcą współpracować. Wywiad z nim jest niemalże szaradą, a nie zbieraniem informacji o stanie zdrowia. Często trzeba zadawać podchwytliwe pytania, aby wyłapać kłamstwo i celową manipulację – opowiada Lech Malmurowicz. – Ponadto pacjenci często sami się okaleczają i nie stosują do zaleceń lekarza. Wszystko po to, by wyjść z celi, czasem nawet poza mury więzienia. U nich nawet najmniejsze schorzenie urasta do ogromnego problemu. Zdrowie staje się bardzo ważne i zaczynają się wyjątkowo o nie troszczyć, choć na wolności wcale ich nie interesowało. Zdarzyło się, że osoba z trądzikiem twierdziła, że w więzieniu została zakażona gronkowcem. Choroba jest tu pożądana, to odskocznia od więziennej monotonii. Nasi lekarze nie narzekają więc na brak pracy. Z drugiej strony niesamowite jest, jak odporni są osadzeni, jak szybko dochodzą do zdrowia i jak goją się ich rany. Prawdopodobnie dzieje się tak, ponieważ nie ma u nas typowej flory zakażeń szpitalnych – dodaje dyrektor szpitala AŚ Warszawa-Mokotów. Także od strony technicznej praca ta różni się od niesienia pomocy w cywilnej ochronie zdrowia. Lekarz musi ściśle współpracować z innymi służbami więziennymi i przestrzegać rygorystycznych przepisów. W wielu przypadkach na przeprowadzenie procedur medycznych potrzebna jest zgoda organu dysponującego osadzonym.

Są jednak lekarze z pasją, którzy mimo niełatwych warunków podejmują wyzwanie, których ta praca fascynuje i cieszy. W areszcie śledczym na warszawskim Mokotowie spotykam uśmiechniętych, pozytywnie nastawionych lekarzy, życzliwie odnoszących się do siebie. – Nasza kadra jest zżyta, przywiązana do tego miejsca i do swoich pacjentów. Nie ma tu wyścigu szczurów, jest za to gwarancja stabilności zatrudnienia. Nie ma pacjentów na korytarzach i kolejek. Jest spokój i dyscyplina. Myślę, że to ważne atuty pracy w szpitalu więziennym, które

*Choroba jest
tu pożądana,
to odskocznia
od więziennej
monotonii.*

*Nasi lekarze
nie narzekają
na brak pracy.*

*Z drugiej
strony
niesamowite
jest, jak
odporni są
osadzeni,
jak szybko
dochodzą do
zdrowia i jak
goją się ich
rany.*

*Zakres działania
więziennych
zakładów opieki
zdrowotnej
określa
zarządzenie
Ministra
Sprawiedliwości
z dnia
31 stycznia
2013 r.
w sprawie
nadania
statutów
podmiotom
leczniczym
dla osób
pozbawionych
wolności.*

zaczną być dostrzegane i znajdzie się więcej lekarzy chętnych do pracy w więziennictwie. Dla mnie ogromnym plusem tej pracy jest również fakt, że nie mam kontaktu z NFZ-em, bo tego to bym nie wytrzymał – śmieje się dyrektor Malmurowicz.

Zmieścić się w normie

O ile NIK przyznaje, że osadzeni mają dobry dostęp do świadczeń medycznych, o tyle ocena stanu technicznego budynków i pomieszczeń więziennej służby zdrowia nie wypada już tak pozytywnie. W kilku kontrolowanych podmiotach wykryto, że nie wykonały one zaleceń pokontrolnych nadzoru budowlanego lub inspekcji sanitarnej, co stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego. Na przykład w AŚ w Białymstoku nie zrealizowano zalecenia dotyczącego konieczności wykonania przeglądu i badania przeciwpożarowej instalacji hydrantowej oraz jej zmodernizowania. AŚ w Poznaniu nie wykonał w pełni zaleceń dotyczących naprawy instalacji centralnego ogrzewania, wodnych i wentylacyjnych. Okazuje się też, że tylko w dwóch spośród 17 badanych zakładów karnych świadczeń udzielano w pomieszczeniach spełniających odpowiednie warunki³. Na przykład w Areszcie Śledczym we Wrocławiu było 51 pomieszczeń, które nie spełniały wymaganych norm, w tym gabinet przyjęć oraz sale chorych i izolatki w szpitalu psychiatrycznym. Z kolei AŚ Warszawa-Mokotów wyknięto, że zagęszczenie łóżek w niektórych celach uniemożliwia swobodny dostęp do pacjenta. Szpital ten ma jednak również inne problemy. Mieści się w przestarzałych budynkach, które wymagają remontu i modernizacji. Widziałam kilka oddziałów: chorób wew., chirurgiczny, ortopedyczny z chirurgią urazową i psychiatryczny – jest czysto, ale biednie. Pomieszczenia są małe, brakuje przestrzeni. Na podłogach stary parkiet albo płytki PCV. Gdzieś na ścianach odradza się systematycznie tępiony grzyb. – Poszczególne sale, w miarę możliwości, są odnawiane, ale jeśli do 2016 r. nie zostanie zrobiony generalny remont, a na razie na to nie ma pieniędzy, placówce grozić będzie zamknięcie – alarmuje dyrektor Malmurowicz. Podobnie sytuacja wygląda w wielu innych więziennych jednostkach ochrony zdrowia. Mają one również problem z wyposażeniem w nowoczesną aparaturę medyczną. Jak wynika z raportu NIK, w niektórych kontrolowanych placówkach udzielano świadczeń medycznych przy użyciu przestarzałych technicznie urządzeń diagnostycznych – blisko połowa z nich została oddana do użytku przed rokiem 2000. Co więcej, w kilku zakładach w ograniczonym zakresie dokonywano, lub nie dokonywano w ogóle, okresowych przeglądów technicznych i konserwacji zalecanych przez producentów, a przecież codziennie używają ich lekarze, narażając siebie i pacjenta na niebezpieczeństwo. Z drugiej strony, w niektórych skontrolowanych jednostkach miały też miejsca nieuzasadnione zakupy sprzętu medycznego, który nie był później użytkowany.

Szukanie oszczędności

Problemem jak zwykle są finanse. W latach 2010-2011 przeznaczono na inwestycje w więziennej służbie zdrowia zaledwie 0,1 proc. wydatków więziennictwa ogółem (140,6 tys. zł). Dostosowanie więziennych podmiotów leczniczych do wymaganych standardów to niemałe pieniądze, których CZSW nie posiada. Wstępne szacunki dokonane przez CZSW w 2011 r. wskazują, że potrzeba na to co najmniej 60 mln zł. NIK podkreśla, że jeśli program dostosowania pomieszczeń więziennych podmiotów leczniczych do odpowiednich norm nie będzie realizowany, może dojść do zamknięcia niektórych placówek. Służba więzienna jest finansowana w całości przez Ministerstwo Sprawiedliwości, które dostrzega problem i zapewnia, że celem nadrzędnym działań planowanych w tym roku będzie poprawa jakości pomieszczeń należących do więziennych podmiotów leczniczych. Resort ten wystosował odpowiedź na raport NIK, w której jednak wyraźnie zaznaczono, że tempo tego procesu jest uzależnione od budżetu na wydatki inwestycyjne, więc nie ma co spodziewać się, że zmiany te nastąpią w krótkim okresie. Jednocześnie poinformowano, że trzeba poszukać oszczędności, polegających m.in. na restrukturyzacji szpitali więziennych. Oszczędności można znaleźć też w kilku innych obszarach. W wielu przypadkach pomoc medyczna udzielana jest osobom, które same spowodowały uszkodzenie własnego ciała lub pogorszenie zdrowia. Mogą być one obciążone w całości lub w części kosztami związanymi z leczeniem, o czym orzeka sąd penitencjarny, jednak zbyt często taki zapis prawny nie jest egzekwowany.

Ministerstwo Sprawiedliwości, co pozytywne, podkreśla, że widzi potrzebę utrzymania więziennych podmiotów leczniczych, gdyż realizacja świad-

czeń medycznych na miejscu zmniejsza ryzyko nadzwyczajnych wypadków, np. ucieczek. Poza tym, im mniej więziennych podmiotów leczniczych, tym częściej trzeba korzystać z cywilnej ochrony zdrowia, co jest zdecydowanie droższe. Do znacznych likwidacji dochodzić więc nie powinno.

Zagadnienie świadczenia usług medycznych w więzieniach budzi wiele emocji – z jednej strony osadzeni mają niejednokrotnie łatwiejszy dostęp do lekarzy i usług niż ogół społeczeństwa, co rodzi wewnętrzny bunt i poczucie niesprawiedliwości. Dodatkowo mówi się, że potrzebne są remonty więziennych placówek medycznych i wymiana sprzętu na nowocześniejszy, podczas gdy często z takim samymi problemami borykają się placówki cywilnej ochrony zdrowia. Nie wolno jednak zapominać, że więzienna placówka medyczna, tak jak każda inna, powinna zapewnić odpowiednie warunki pracy każdemu lekarzowi, niezależnie od tego, komu on pomaga. – Jestem dumny ze swojej kadry medycznej, bo wykonujemy bardzo potrzebną, choć niedocenianą pracę. Chciałbym, aby zawód lekarza więziennego przestał być traktowany po macoszemu – podsumowuje Lech Malmurowicz. ■

¹W szpitalach więziennych nie wykonuje się procedur wysokospecjalistycznych z zakresu: neurochirurgii, torakochirurgii, okulistyki, z zakresu chirurgii szczękowej, kardiologii inwazyjnej, urologii, przeszczepów narządów, ginekologii, z zakresu chirurgii urazowej, onkologii. Podmioty lecznicze pozawięziennej ochrony zdrowia mają obowiązek przyjąć osadzonego.

²Kontrolę przeprowadzono w okresie 28 marca – 6 sierpnia 2012 r. Badania dotyczyły okresu od 1 stycznia 2010 r. do 31 marca 2012 r. i objęły 18 jednostek: Centralny Zarząd Służby Więziennej, 7 Zakładów Karnych i 10 Aresztów Śledczych.

³Chodzi o warunki określone w rozp. MZ z 2 lutego 2011 r. ws. wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia ZOZ. Obecnie obowiązuje nowe rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 lipca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności.

W wielu przypadkach pomoc medyczna udzielana jest osobom, które same spowodowały uszkodzenie własnego ciała lub pogorszenie zdrowia.



Lekarzu, umyj ręce

Lucyna
Krysiak

Szacuje się, że 800 mln zł rocznie kosztuje w Polsce leczenie zakażeń. Są one skutkiem błędów i zaniedbań higienicznych personelu medycznego, w tym niemycia rąk.

Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych podaje, że zakażenia najczęściej zdarzają się podczas zabiegów naczyniowych, ortopedycznych, wykonywania procedur medycznych na oddziałach noworodkowych, wcześniaków i intensywnej terapii. Z zakażeniem wychodzi stąd co 10. pacjent. Większości z nich można było uniknąć, gdyby szpitale całkowicie przestawiły się na jednorazowe chusty chirurgiczne. Będąc pod presją oszczędności, wiele placówek wciąż je pierze i sterylizuje. Najważniejsze są jednak czyste ręce. Z badań wynika, że lekarze myją je za rzadko. Od kilkunastu lat w Polsce prowadzone są szkolenia, które mają podnieść świadomość personelu medycznego w dziedzinie zakażeń oraz zapobiegania im poprzez odpowiednią higienę rąk, ale ich skuteczność jest niezadowalająca. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych i Polskie Towarzystwo Mikrobiologii Klinicznej zorganizowały we Wrocławiu konferencję, poświęconą tym problemom. Uczestniczący w niej eksperci podkreślali, że w środowiskach medycznych wciąż jest za mała wiedza o tym, jak znacząco higiena rąk wpływa na rozprzestrzenianie się zakażeń i nie chodzi tylko o ciężkiego kalibru zakażenia szpitalne, ale o np. zakażenia chorobami infekcyjnymi u dzieci przenoszonymi drogą „brudnych rąk” przez rotawirusy, a także zakażenia bakteryjne (salmonelloza) oraz pasożytnicze, do których dochodzi w lecznictwie otwartym.

Częściej i dokładniej

Dr hab. Marta Wróblewska z Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie oraz Pracowni Epidemiologii Zakażeń Szpitalnych, Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej ujawniła, że za pośrednictwem rąk jest przenoszonych aż 80 proc. zakażeń, mimo że pracownik medyczny w ciągu dnia pracy wykonuje procedury higieny rąk od 80 do 110 razy. Nie chodzi więc tylko o to, jak często myje ręce, ale w jaki sposób. Zwróciła uwagę, że nie jest przestrzegana procedura mycia rąk wg Ayliffe’a, zawierająca zalecenia dla personelu medycznego (krótki rękaw ubranie, nienoszenie tipsów, zegarków, biżuterii, nieużywanie lakieru do paznokci). Podkreśliła też, że ważna jest ilość środka do dezynfekcji rąk. Dla kobiety norma to 2,5-

3 ml, dla mężczyzny 3-4 ml. Popelniane są też inne błędy: dolewanie mydła lub środka do dezynfekcji rąk do niecałkowicie opróżnionego i nieumytego lub niezdezynfekowanego dozownika. Higienę rąk personelu na świecie wymuszają roszczenia sądowe pacjentów, których wpływa coraz więcej. Według WHO i CDC powinno się przypominać pracownikom służby zdrowia o higienie rąk, jednak według wyników ankiety przeprowadzonej na 277 pracownikach medycznych – 29 proc. z nich nie zwraca sobie uwagi na ten temat. Według badań australijskich z 2012 r. pielęgniarki myją ręce częściej niż lekarze. Przed kontaktem z pacjentem ręce myje 57,5 proc. lekarzy i 76,2 proc. pielęgniarek. Bezpośrednio po szkoleniu o połowę rośnie częstość dezynfekcji rąk (zużycie środka do dezynfekcji), potem stopniowo spada, dlatego szkolenia o higienie rąk powinno się powtarzać co najmniej dwa razy w roku.

Potrzebna konsekwencja

Ta prosta czynność, jaką jest umycie rąk, ma więc kluczowe znaczenie w profilaktyce zakażeń. Brak konsekwencji w tej dziedzinie stanowi ogólnoswiatowy problem w opiece zdrowotnej. Ponieważ dotychczasowe sposoby nakłaniania personelu medycznego do mycia rąk zawiodły, opracowano nowe strategie, o udowodnionej skuteczności. WHO zorganizowało Pierwszą Światową Inicjatywę na rzecz Bezpieczeństwa Pacjenta „Higiena rąk to bezpieczna opieka”. Nowa edycja tych wytycznych została opracowana przy współpracy ponad stu uznanych międzynarodowych ekspertów. Została też przetestowana i wypróbowana w różnych częściach świata i oficjalnie przyjęta w 2009 r. Wśród placówek biorących udział w testach były zarówno nowoczesne szpitale, działające w krajach rozwiniętych i posiadające zaawansowane urządzenia technologiczne, jak również skromnie wyposażone ośrodki w odległych wioskach. Promowanie wytycznych, w tym metody „5 kroków higieny rąk” ma zrewolucjonizować podejście do problemu. Prof. Didier Pittet, dyrektor Programu Zwalczenia Zakażeń, powiedział, że program „Higiena rąk to bezpieczna opieka”, nie jest kwestią wyboru, lecz stanowi jedno z podstawowych praw pacjenta. Czyste ręce pozwalają zapobiegać cierpieniom i mogą ratować życie. ■

Ta prosta czynność, jaką jest umycie rąk, ma kluczowe znaczenie w profilaktyce zakażeń. Brak konsekwencji w tej dziedzinie stanowi ogólnoswiatowy problem w opiece zdrowotnej.

Kwestionariusz samooceny

Światowa Organizacja Zdrowia opracowała międzynarodowy kwestionariusz samooceny dotyczący higieny rąk, który jest skierowany do placówek prowadzących działalność leczniczą. Jego polska wersja ukazała się w lutym tego roku, jest więc jeszcze ciepła. Kwestionariusz to systemowe narzędzie diagnostyczne, które - jak wierzą jego autorzy - pozwoli zobaczyć i przeanalizować, jak higiena rąk jest stosowana w codziennej praktyce. Pomoże też zidentyfikować problemy i skorygować działania w tym zakresie. Z pomocą tego kwestionariusza będzie można wychwycić słabe punkty programów higieny rąk realizowanych w poszczególnych szpitalach i przychodniach, ale też śledzić postępy w realizacji tych programów. Taki monitoring ma też pomóc utrwać dobre nawyki dbałości o higienę rąk. Po kwestionariuszu powinni sięgnąć specjaliści odpowiedzialni w poszczególnych placówkach za szerzenie się zakażeń przenoszonych poprzez brudne ręce i dyrektorzy, od których zależy, jaką wagę przywiązuje się w ich placówkach do higieny rąk. Kwestionariusz jest podzielony na 5 części odpowiadających pięciu elementom „Wielokierunkowej strategii WHO na rzecz poprawy higieny rąk” i zawiera 27 szczegółowych wskaźników. Są one opracowane w formie pytań. Jak w teście, odpowiada się na nie - tak lub nie. W zależności od sumy uzyskanych punktów, jednostka jest kwalifikowana do

jednej z 4 grup odpowiadających poziomowi przestrzegania zasad higieny rąk. Rozróżniano jest poziom niewystarczający, podstawowy, średnio zaawansowany i zaawansowany. Niewystarczający oznacza, że stwierdzono braki zarówno w zakresie praktyki, jak i promocji higieny rąk; podstawowy, że wprowadzono tylko część rozwiązań, jednak nie spełniają one wymaganych standardów; średnio zaawansowany, że wdrożono odpowiednią strategię i poprawiono praktykę dotyczącą higieny rąk, trzeba jednak określić długofalowe cele; zaawansowany, że wdrożono z trwałym skutkiem odpowiednią promocję i praktykę higieny rąk lub uzyskano poprawę. Wydając kwestionariusz, WHO ustaliła również kryteria pozwalające wyróżnić najlepsze ośrodki, które mogłyby pełnić funkcję referencyjnych i dzielić się swoimi doświadczeniami z innymi. Autorzy kwestionariusza samooceny przestrzegają jednak, by nie wykorzystywać tego narzędzia do porównywania prowadzących działalność leczniczą. Został on opracowany z myślą o minimalizowaniu zakażeń w szpitalach i w lecznictwie otwartym, a nie po to, by wzbudzać niezdrowe emocje i stygmatyzować placówki, które gorzej radzą sobie z tym problemem. W ocenach stanu zaawansowania działań na rzecz poprawy higieny rąk trzeba uwzględnić uwarunkowania społeczno-ekonomiczne szpitali, poradni, ambulatoriów.



Ośrodek Doskonalenia Zawodowego
Lekarzy i Lekarzy Dentystów
Naczelnej Izby Lekarskiej
zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów
z całego kraju na bezpłatne szkolenia:

20.05.2013 „Kierowanie zespołem i praca w zespole”

17.06.2013 „Kierowanie zespołem i praca w zespole”

14.05.2013 „Mediacje”

18.06.2012 „Mediacje”

13.06.2013 „Specyfika pracy lekarza z chorym
umierającym i jego bliskimi”

14.06.2013 „Mobbing przemoc psychiczna w miejscu
pracy – jak rozpoznawać, zapobiegać, postępować”

25.04.2013 „Doskonalenie umiejętności dydaktycznych –
warsztaty dla lekarzy”

Szkolenia akredytowane,
uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

Informacje i zapisy:

www.odz.nil.org.pl,

tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44, pok. nr 14

Naczelna Izba Lekarska,

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy
i Lekarzy Dentystów,**

ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa,

e- mail: odz@hipokrates.org



Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy
i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej
oraz Komisja Stomatologiczna zapraszają lekarzy
dentystów na kursy:

• **10.05.2013 Ochrona radiologiczna
pacjentów dla lekarzy dentystów wykonujących
procedury radiologiczne**

• **11-12.05.2013 Kurs dla osób ubiegających
się o nadanie uprawnień inspektora ochrony
radiologicznej typu „S”**

Kursy są akredytowane (przysługują punkty
edukacyjne) oraz bezpłatne dla lekarzy dentystów.

Kursy zakończone egzaminem (egzamin płatny
zgodnie ze stawkami określonymi w obowiązujących
Rozporządzeniach MZ)

Miejsce odbywania kursów: Naczelna Izba Lekarska,
Warszawa, ul. Sobieskiego 110

Szczegółowe informacje i zapisy: www.odz.nil.org.pl
lub telefonicznie: 22 559 13 10, 22 559 13 44

Lidia
Sulikowska

Polska seniorów

Zjawisko starzenia się społeczeństw dotyka coraz większą liczbę krajów. Ta ogólnoświatowa tendencja nie omija także Polski. Proces ten generuje duże koszty oraz wymaga odpowiedniego przygotowania systemu opieki zdrowotnej, i nie tylko. Tymczasem w kraju brakuje geriatrów i pieniędzy na opiekę nad seniorami.

Główne przyczyny starzenia się to niski poziom dzietności przy jednoczesnym wydłużaniu się trwania życia. Według prognozy Głównego Urzędu Statystycznego* nadwyżka zgonów nad urodzeniami w 2035 r. zbliży się do 180 tys. Jednocześnie przeciętne trwanie życia będzie wydłużało się, osiągając w 2035 r. wartości większe od obecnie notowanych – o 6 lat dla mężczyzn i 3 dla kobiet.

Bezlitosna statystyka

Obecnie w Polsce żyje około 38,5 mln ludzi. Daje to nam 34. miejsce wśród krajów świata i 6. pozycję w krajach Unii Europejskiej. Według prognozy GUS w 2035 r. poziom ludności zmaleje do 35,9 mln osób, przy czym znacząco wzrośnie odsetek osób starszych przy malejącej liczbie osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym. GUS prognozuje, że udział osób w wieku poprodukcyjnym (65 lat i więcej) wyniesie 26,7 proc. w perspektywie roku 2035, co oznacza jego wzrost o prawie 11 proc. w porównaniu do 2007 r. Z kolei udział osób w wieku produkcyjnym zmniejszy się o prawie 7 punktów procentowych. W konsekwencji tych zmian zwiększy się współczynnik obciążenia demograficznego osób pracujących ludnością w wieku nieprodukcyjnym – z 56 w 2007 r. do 73 w 2035 r. Oznacza to, że coraz mniejsza grupa podatników będzie musiała utrzymać zwiększającą się liczbę osób, które już przeszły na emeryturę.

Bez opieki

Z jednej strony, niewątpliwie trzeba się cieszyć z faktu, że żyjemy dłużej. Należy także jednak zauważyć problemy, jakie niesie za sobą to zjawisko. Starzejące się społeczeństwo to wyzwanie dla kraju, w tym w głównej mierze dla systemu opieki zdrowotnej. Państwo powinno zapewnić ludziom w podeszłym wieku godne i odpowiedniej jakości życie. To specyficzna grupa pacjentów, którzy borykają się z wieloma chorobami przewlekłymi, często mają problemy związane z niepełnosprawnością, dotycząc ich choroby neurodegeneracyjne, a co za tym idzie – mają gorszy kontakt z otoczeniem i problem z właściwą realizacją zaleceń lekarskich. Jak na razie jednak nie jesteśmy przygotowani na zapewnienie właściwej opieki systematycznie zwiększającej się armii starszych ludzi. W kraju brakuje geriatrów. – Powinniśmy mieć około 1000 geriatrów, a mamy nieco ponad 270 lekarzy tej specjalizacji. Co gorsza, wielu

z nich nie pracuje w zakresie tej specjalności, bo to jest nieopłacalne. Dodatkowo co roku do egzaminu specjalizacyjnego podchodzi 20-30 lekarzy. To kropla w morzu potrzeb – alarmuje prof. Tomasz Grodzicki, konsultant krajowy ds. geriatrii. Jego zdaniem trzeba pomyśleć nad skróceniem ścieżki specjalizacyjnej dla lekarzy rodzinnych i internistów, aby mogli po rocznym kursie uzyskać specjalizację geriatryczną. – Ponadto każdy lekarz realizujący specjalizację dotyczącą leczenia osób dorosłych powinien przejść kurs z zakresu geriatrii, bo bardzo prawdopodobne jest, że w życiu zawodowym zetknie się z pacjentem starszym – dodaje prof. Grodzicki. Brakuje także oddziałów geriatrycznych. – Obecnie działa około 40 takich oddziałów, a powinno być około 100. Nie dążmy jednak do tego, aby każdego seniora kierować do takiego oddziału. Obecnie już dziś prawie 30 proc. wszystkich hospitalizacji dotyczy osób starszych. Powinniśmy więc dostosować inne oddziały: internistyczne, kardiologiczne, chirurgiczne czy neurologiczne do przyjęcia osób starszych, a nie budować wszystko od nowa – ocenia konsultant krajowy ds. geriatrii. Zaznacza jednak, że docelowo w każdym szpitalu powinien działać zespół geriatryczny, składający się z geriatry, rehabilitanta, psychologa, pielęgniarki i pracownika socjalnego, który pełniłby rolę doradczą dla pozostałego personelu medycznego. – Taki zespół powinien być dostępny również dla lekarzy rodzinnych. Za jego posiadanie szpitale powinny być premiowane przez NFZ. Może to jednak stanowić pewien problem. Świadczenia geriatryczne są niedoszacowane. Apeluję o zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną osób starszych, bo potrzeby będą wciąż rosły. W krajach zachodnich prawie 50 proc. środków przeznaczanych na ochronę zdrowia jest wydawana na osoby starsze – mówi prof. Tomasz Grodzicki.

Nie tylko leczenie

Jednak pomoc seniorom nie powinna ograniczać się wyłącznie do pochylenia się nad problemami szpitalnej opieki zdrowotnej. Starzenie się społeczeństwa powoduje wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową, świadczenia rehabilitacyjne oraz opiekuńcze (obecnie tylko 1,5 proc. wydatków bieżących przeznaczanych jest na opiekę długoterminową, dla porównania: Holandia – 23, 4 proc., Dania 13,4 proc.**). Trzeba też wzmocnić system wsparcia dla osób starszych, które już wyjdą ze szpitala, szczególnie poprzez pielęgniarki środowiskowe

*Według
prognozy
GUS
w 2035 r.
poziom
ludności
zmaleje do
35,9 mln
osób,
przy czym
znacząco
wzrośnie
odsetek
osób
starszych.*

czy domowe zespoły pielęgnacyjne. – Potrzebujemy też oddziałów rehabilitacyjnych, do których trafiałoby pacjentów po hospitalizacjach – uważa prof. Grodzicki. Na tym jednak nie koniec. Problem starzejącego się społeczeństwa dotyczy nie tylko obszaru ochrony zdrowia, ale jest wielowymiarowy. Związany jest z wieloma dziedzinami życia społecznego, gospodarki i finansów. – Potrzebujemy zmian w wielu obszarach, takich jak: edukacja, nauka, sport, opieka socjalna. Ludzie starsi nie mogą czuć się wykluczeni ze społeczeństwa. Trzeba ich zacząć aktywizować i przystosowywać do życia w ciągle zmieniającym się świecie. Obecnie coraz więcej seniorów jest samotnych, a oni muszą umieć sobie radzić. Ważna jest też zmiana sposobu myślenia o starości – z negatywnego na pozytywne, abyśmy zaczęli postrzegać jesień życia jako czas radosny, a nie smutny. Dopiero jednak, gdy spojrzymy na problem seniorów wieloaspektowo, będziemy mogli skutecznie podwyższyć ich jakość życia przy jednoczesnej racjonalizacji kosztów – uważa prof. Bolesław Samoliński, krajowy konsultant ds. zdrowia publicznego i przewodniczący Koalicji na Rzecz Zdrowego Starzenia się, która stara się zwrócić uwagę na problem demograficzny w naszym kraju i walczy o poprawę jakości życia polskich seniorów. Poparcie dla działań Koalicji wyrazili m.in. Prezydent RP, Marszałek Sejmu, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Rzecznik Praw Obywatelskich. Pod koniec lutego br. Koalicja zorganizowała debatę sejmową, na którą licznie przybyli przedstawiciele ministerstw i stowarzyszeń, w sumie kilkaset osób. Podczas tego spotkania Koalicja na Rzecz Zdrowego Starzenia się zaprezentowała „Białą Księgę”. W dokumencie tym sygnalizowane są największe problemy dotyczące opieki nad osobami starszymi. Problemy, które już występują, oraz te, które pojawiają się niebawem. Promowana jest też koncepcja Aktywnej i Zdrowej Starości, zarówno poprzez poprawę sytuacji osób starszych oraz budowę zdrowej starości, czyli działań wydłużających liczbę lat przeżytych w zdrowiu. Chodzi na przykład o promowanie właściwych

zachowań, i to już w dzieciństwie, czyli zdrowe odżywianie się, bycie aktywnym fizycznie, walkę z nałogami, realizację programów prozdrowotnych. – Aby zagwarantować odpowiednią jakość życia seniorom, trzeba zintegrować działania wielu ministerstw i samorządów. Nasz raport nie jest doskonały, ale chciałbym, aby stał się on podstawą do dalszych dyskusji i działań. Dążymy, aby wreszcie powstała ustawa o zdrowiu publicznym – podkreśla prof. Bolesław Samoliński. Ministerstwo Zdrowia ma przygotowane założenia do ustawy o zdrowiu publicznym. Obecny na spotkaniu wiceminister Igor Radziewicz-Winnicki zapewnił, że w resorcie zdrowia trwają intensywne prace nad tym dokumentem i niebawem zostaną one opublikowane i przekazane do uzgodnień zewnętrznych. Miejmy nadzieję, że tak będzie.

Kto będzie leczyć

Nie wolno zapominać także i o tym, że nie dość, że będzie przybywać osób starszych, to równocześnie maleć będzie populacja ludzi w wieku produkcyjnym. Problem starzenia się dotyczy wszystkich, w tym lekarzy. – Jesteśmy grupą zawodową starzejącą się. W kraju brakuje geriatrów, ale co gorsza, oni sami również się starzeją. Prawie 16 proc. geriatrów przekroczyło 60. rok życia, tylko jeden ma poniżej 35 lat – zwraca uwagę Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej. Jeszcze gorzej jest w przypadku innych specjalizacji. – Aż w 28 z nich, m.in. w psychiatrii, okulistyce, chirurgii ogólnej, pediatrii, ponad 20 proc. stanowią lekarze po 60. roku życia. W kolejnych kilkunastu dziedzinach, np. otolaryngologii, chirurgii stomatologicznej i reumatologii, odsetek ten zwiększa się do ponad 30 proc. Rekordzistami są diagnostycy laboratoryjni, gdzie 61,3 proc. stanowią lekarze po 60. roku życia - dodaje prezes NIL. ■

*Prognoza ludności na lata 2008–2035, GUS, 2009 r.

** Cyt., za: „Sytuacja Zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, red.: Bogdan Wojtyński, Paweł Goryński, Bożena Moskaiewicz, NIZP – PZH, Warszawa 2012.

*Prawie
16 proc.
geriatrów
przekroczyło
60. rok życia,
tylko jeden
ma poniżej
35 lat –
zwraca
uwagę Maciej
Hamankiewicz,
prezes
Naczelnej
Izby
Lekarskiej.*

Słowenia

– sprawny system zbudowany od nowa

Jak radzi sobie z ochroną zdrowia niewielka dwumilionowa Słowenia – niezależna od 23 lat część byłej Jugosławii? Stabilna politycznie, przeprowadziła niezbędne reformy ekonomiczne i społeczne, jako pierwsza z nowych członków Unii Europejskiej przyjęła euro. Dziś cieszy się stałym wzrostem, a mieszkańcy mają sprawny system ochrony zdrowia.

Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Słowenii ma charakter publiczny. Od 1992 r. działa obowiązkowy system ubezpieczenia społecznego typu bismarkowskiego. Publiczny Słoweński Instytut Ubezpieczenia Zdrowotnego (SIUZ, po słoweńsku Zavod za Zdravstveno Zavarovanje Slovenije) obejmuje 99 proc. Słoweńców, pokrywa 67 proc. wydatków na ochronę zdrowia, co stanowi 93 proc. ogółu publicznych wydatków na ten cel (według danych za 2006 r.). SIUZ opracowuje plan finansowy i szczegółowe założenia świadczeń dla ubezpieczonych, proponuje wysokość składek, które zatwierdza parlament. Wysokość indywidualnej składki na ubezpieczenie zdrowotne zależy od zarobków.

Co daje ubezpieczenie obowiązkowe

Obejmuje ono 21 kategorii ubezpieczonych: m.in. za-trudnieni (w tym urzędnicy państwowi) wraz z rodzinami, składka wynosi 13,45 proc. zarobków brutto w równym podziale na pracownika i pracodawcę; niezatrudnieni – składki (ok. 13 proc. zasiłku) płaci za nich Państwowy Instytut Zatrudnienia; emeryci – składka to ok. 6 proc. świadczenia; rolnicy i rzemieślnicy; samozatrudnieni; więźniowie oraz pozostali, np. bezdomni, cudzoziemcy z nieuregulowanym statusem, za których leczenie płaci państwo.

Pakiet świadczeń refundowanych z ubezpieczenia obejmuje opiekę podstawową, drugi i trzeci poziom świadczeń specjalistycznych, lekarstwa, środki medyczne i sprzęt, 30-dniowe zwolnienie, transport medyczny. Ubezpieczenia obowiązkowe w pełni pokrywa:

- świadczenia dla dzieci i młodzieży (uczącej się i studiującej), w tym diagnostykę, leczenie i rehabilitację,
- poradnictwo rodzinne, antykoncepcję, opiekę ciążową i porodową,
- usługi będące częścią programów profilaktycznych: wykrywanie i leczenie chorób zakaźnych, w tym HIV,
- leczenie i rehabilitację w chorobach zawodowych, nowotworowych, neurologicznych, psychicznych, cukrzycy, SM, hemofilii, padaczce, łuszczycy,
- usługi związane z transplantologią, ratownictwem oraz pielęgniarstwą opieką długoterminową.

Pozostałe świadczenia wymagają dopłat. Refundacja w zależności od rodzaju świadczenia wynosi od 25 do 95 proc., i tak np. ubezpieczenie pokrywa 85 proc. kosztów zapłodnienia in vitro, usług sanatoryjnych jako kontynuacji leczenia szpitalnego, dentystycznych, protez; 75 proc. kosztów leków z listy pozytywnej; do 50 proc. leczenia ortodontycznego dorosłych; do 25 proc. leków z listy pośredniej (obowiązują trzy listy leków: pozytywna, pośrednia i negatywna).

Ubezpieczenia dobrowolne, opłaty pacjentów i podatki

Około 28 proc. wszystkich wydatków systemu ochrony zdrowia pochodzi ze źródeł prywatnych. Są to opłaty pacjentów (out of pocket – OOP) i dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Spośród kilku towarzystw dobrowolnego ubezpieczenia największym jest Vzajemna, niekomercyjny fundusz publiczny refundujący OOP. Są też fundusze komercyjne, skupiające znacznie mniej członków, refundujące świadczenia ponadstandardowe. W obu typach od 2005 r. obowiązują jednolite składki bez względu na płeć, wiek i inne znaczące dla zdrowia czynniki. Inaczej niż gdzie indziej fundusze nie zwracają pacjentom poniesionych kosztów, lecz płacą za usługi bezpośrednio świadczeniodawcom. Pacjent sam płaci za to, co nieobjęte ubezpieczeniem – np. usługi lekarza bez kontraktu z SIUZ, specjalisty – jeśli nie ma skierowania, prywatnego stomatologa i za usługi dodatkowe: poza kolejką, ponadstandardowe (np. lepsze warunki w szpitalu).

Według danych za 2006 r. przeciętny mieszkaniec Słowenii wydawał na zdrowie z własnej kieszeni 355 euro rocznie (prawie dwukrotny wzrost od 2000 r.), do różnych świadczeń i leków dopłacał średnio 151 euro rocznie. Współpłacenie (od 5–75 proc. ceny usługi lub leków) obowiązuje wszystkich – poza dziećmi, osobami bezrobotnymi, ubogimi i chorymi przewlekle. Dlatego tak dużą popularnością cieszy się dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne (średnia składka to 167 euro rocznie) – służy ono właśnie refundacji wydatków OOP. Korzysta z niego 85 proc. Słoweńców, jest to więc pewne źródło wpływów do sektora zdrowia.



Część środków na ochronę zdrowia pochodzi z podatków. W 2005 r. państwo przeznaczało na ten cel 0,95 proc. swoich dochodów, zaś samorządy lokalne – 1,2 proc. Państwo łoży na szpitale i instytucje centralne, programy prewencyjne, kształcenie personelu i badania w medycynie. Z podatków gminnych utrzymywane są placówki opieki podstawowej, apteki; gminy finansują też programy zdrowia publicznego.

Świadczenie usług

POZ opiera się na medycynie rodzinnej wykonywanej przez specjalnie przygotowanych lekarzy i pielęgniarki rodzinne. Podstawową opiekę świadczą publiczne centra zdrowia, przychodnie i prywatnie praktykujący lekarze na kontrakcie z SIUZ. Ciekawe, że założenia centrów nawiązują do koncepcji Andriji Štampara, chorwackiego lekarza i teoretyka zdrowia publicznego z początków XX w. Centrum zdrowia świadczy opiekę profilaktyczną i leczniczą ze szczególnym uwzględnieniem osób z grup ryzyka. Pracownicy mają etaty, lekarze i stomatolodzy mogą pracować na kontraktach. Pracownicy socjalni są poza strukturą centrum, pielęgniarki środowiskowe – to niezależni profesjonaliści, ale pracują w centrum. Na lekarza przypada 1800 pacjentów. 95 proc. Słoweńców ma swojego lekarza osobistego, który reguluje dostęp do systemu.

Specjalistyczną opiekę otwartą (drugi poziom) świadczą szpitale lub polikliniki, uzdrowiska i placówki prywatne. Dostęp do opieki specjalistycznej wymaga skierowania od lekarza osobistego albo pediatry; tylko przewlekłe choroby, prowadzeni przez specjalistę, nie muszą go każdorazowo uzyskiwać.

Uprawnienia pacjenta

Pacjent ma prawo wyboru osobistego lekarza, ginekologa i stomatologa, może żądać drugiej opinii medycznej, a także zmienić lekarza. Korzysta z prawa do informacji, wglądu do swoich danych medycznych, poufności, włączany jest w proces leczenia – wymagana jest tzw. poinformowana zgoda na zabieg. Na straży bezpieczeństwa pacjenta stoi krajowy koordynator dbający o to, by regulacje i działania były zgodne z polityką WHO i procedurami.

Sondaże pokazują, że większość Słoweńców jest zadowolona z usług POZ i aptek, mniej – ze specjalistów i stomatologów. Badanie satysfakcji pacjentów z 2006 r. (ocena terminowości, jakości komunikacji i informacji, udziału w podejmowaniu decyzji, leczenia bólu) w 100-punktowej skali dało wynik 86 punktów. Najwięcej do życzenia pozostawiała jakość komunikacji w relacji pacjent – lekarz, dbanie o prywatność, czas oczekiwania, żywienie.

Ludzie, zasoby, infrastruktura i nowoczesność

W sektorze pracuje 27 700 osób, z czego 40 proc. w szpitalach. Wszyscy pracownicy medyczni muszą mieć licencje. Poziom zatrudnienia uważany jest za odpowiedni, chociaż z danych demograficznych i informacji o zawodach medycznych wynika, że mogą pojawiać się deficyty. Liczba miejsc na studiach medycznych wszystkich typów zatwierdzana jest przez parlament. Kształcenie lekarza trwa sześć lat, obowiązuje półroczny staż i półtoraroczne szkolenie podyplomowe. Program studiów opracowuje samorząd zawodowy, odpowiada też za jego implementację. Lekarz musi mieć licencję, którą odnawia co siedem lat. Musi też być członkiem samorządu.

Pracownicy sektora publicznego mają status funkcjonariuszy państwowych. Poziom ich wynagrodzeń negocjowany jest między MZ i związkami zawodowymi. Lekarze prywatni funkcjonujący poza SIUZ utrzymują się z opłat pacjentów i z refundacji ubezpieczenia dobrowolnego; stawki za poradę są ujednolicone, ustalone przez samorząd i akceptowane przez MZ.

W końcu 2006 r. w Słowenii było 29 szpitali, z czego prywatne tylko trzy (małe) i kilka sanatoriów. Za licencje i akredytację wszystkich placówek medycznych: publicznych i prywatnych szpitali i centrów odpowiedzialne jest Ministerstwo Zdrowia. Zgodnie z tendencją intensyfikowania leczenia w szpitalach i przesunięcia części procedur do lecznictwa otwartego w ciągu ostatnich dekad zredukowano liczbę łóżek szpitalnych o 1/3 – z 700 na 450 na 100 tys. mieszkańców, skrócono też czas pobytu (z 10,5 do 7 dni). Ocenia się, że liczba łóżek szpitalnych odpowiada zapotrzebowaniu, poprawy wymaga natomiast dystrybucja geograficzna. Podobnie w POZ: działa ok. 130 centrów i poradni, do których pacjent nie powinien mieć dalej niż 20 km.

Słowenia stawia na nowoczesność. Opracowana w 2005 r. „Strategia e-zdrowie 2010” służy wykorzystaniu IT w ochronie zdrowia. Jej główne strategiczne cele to: jak najszerszy dostęp społeczeństwa do informacji elektronicznej o usługach medycznych oraz bezpieczny i pewny dostęp profesjonalistów do danych medycznych. Realizacja strategii jest w toku – roczne wydatki na jej cele do połowy drugiej dekady XXI w. mają sięgać 4-8 mln euro. ■

Korzystałam z opracowań:

„Health Care Systems in Transition: Slovenia. Health System Review 2009”; przygotowanego przez European Observatory on Health System and Policy, stron www.mz.gov.si oraz źródeł własnych.

Sondaże pokazują, że większość Słoweńców jest zadowolona z usług POZ i aptek, mniej – ze specjalistów i stomatologów.



Joanna
Sokołowska



Chcecie bajki? To nie bajka...

Pan doktor był chory. Nie leżał w łóżeczku. I przyszedł pan pacjent. Pacjent miał katar i kaszel, ale ogólnie w tym gabinecie to pan doktor bardziej wymagał leczenia. Przez zatłaczony nos, zza sterty jednorazowych chusteczek, popijając coś musującego z grypą w nazwie, tłumaczył, że na wirusa to nie ma lekarstwa. – Trzeba „wyleżeć” chorobę, pić dużo płynów, nie chodzić do pracy – wyjaśniał.

Od tego pomyślność w leczeniu zawisła! – prychnął (i kichał) na pacjenta, który z pewnym zażenowaniem przyznał, że jego nieobecność w pracy może pociągnąć za sobą światowy kryzys i niepowetowane straty w gospodarce.

– Nie ma ludzi niezastąpionych... – kasłał doktor, ogarniając nieco przytępionym, przez toczącą go gorączkę, umysłem absurdalność swej wypowiedzi. Sam przecież niezdrowy, musi trwać w gabinecie, jak ostatni obrońca na szanctu zdrowia publicznego.

– I szczepić się trzeba przeciwko grypie... – radził jeszcze po cichutku, pełen strachu, że padnie złośliwe i niezręczne w tej sytuacji pytanie – A pan się szczepi, panie doktorze?

W innym gabinecie, inny pan doktor konsultował pacjenta skarżącego się na ból kolana.

– Od rana tylko kolana... – wzdychał lekarz, nieświadom ani swoich zdolności rymotwórczych, ani poczucia humoru pacjenta. – Ale dolega, gdy biegam – podtrzymywał konwersację ten ostatni. Zalecenie „nie biegać!” samo cisnęło się na usta, choć nie takiej porady po kilku tygodniach oczekiwania na wizytę i paru godzinach spędzonych w poczekalni oczekiwał pacjent.

– „A ja znam może dwadzieścia innych kózek, co od rana

do wieczora skakały i zdrowe są, i wesołe, i nic im się nie stało, i dalej skaczą!” – zacytował pacjent w nadziei, że tą inteligentną deklamacją prozy z dzieciennego wierszyka poruszy serce lub umysł znużonego medyka. W odpowiedzi usłyszał jedynie obcesowe, choć przy odrobinie wyobraźni literackiej trącające Brelem i Młynarskim: „Następny! Następny!”...

Takie historie opowiadają sobie pacjenci. Obie dotyczą konkretnych miejsc i postaci, a podobieństwo do autentycznych osób nie jest przypadkowe. Jedną dostałam w prezencie. W drugiej (nie powiem, w której) brałam udział osobiście. Obie mogą być atrakcyjnymi towarzyszami anegdotami o gawędziarsko-biesiadnej wartości, ponieważ brak porady albo jej bezużyteczność nie skutkowały powikłaniami. Nic się nie stało, więc możemy się pośmiać...

Porada lekarska to jednak nie bajka, a towarzyszący jej sytuacyjny humor nosi znamiona stąpania po kruchym lodzie. Zmęczony, chory, przeciążony pracą medyk nie tylko staje się żałośnie śmieszny, ale stanowi zagrożenie. Także dla siebie samego.

W naszych gabinetach coraz częściej to lekarz jest tym starszym, bardziej chorym, bardziej zmęczonym od swojego pacjenta. Pracuje dużo, długo i nie strasza mu perspektywa

W naszych gabinetach coraz częściej to lekarz jest tym starszym, bardziej chorym, bardziej zmęczonym od swojego pacjenta. Pracuje dużo, długo i nie strasza mu perspektywa przedłużonego wieku emerytalnego.

przedłużonego wieku emerytalnego. On nawet się cieszy, że będzie mógł pracować parę lat dłużej. Dla licznej grupy lekarzy koniec czynnego wykonywania zawodu wiąże się bowiem z wyraźnym pogorszeniem ich sytuacji materialnej. O zmniejszeniu wynikającej z wieku wydolności, ograniczeniach, jakie niosą ze sobą przebyte choroby, nikt przecież głośno nie mówi. Są profesje, których wykonywanie jest ograniczone wiekiem, ale nie ma wśród nich zawodu lekarza.

W okresie forsowania obowiązującej ustawy emerytalnej, zostaliśmy skutecznie poddani zbiorowej medialnej hipnozie i uwierzyliśmy – nie ma różnicy pomiędzy trzydziślatkiem a sześćdziesięcioletkiem. Argument doświadczenia zawodowego powinien przekonać wszystkich wątpiących.

Nikt w oficjalnych mediach nie odważy się napisać, że lekarzy jest po prostu za mało. Godząc się na pracę w kilku miejscach, tworzymy utudę zabezpieczenia pomocy lekarskiej na wszystkich jej etapach. Propozycję kontroli czasu lekarskiej pracy pominęliśmy wstydlwym milczeniem, by ukryć, że nasz tydzień pracy trwa niejednokrotnie dużo dłużej niż przewidują zapisy prawa pracy.

Przemilczamy, w czym nie przeszkadzają nam ani dzien-nikarze, ani urzędnicy, również fakt, iż w czasie, gdy zagraniczny kolega przyjmuje kilku pacjentów, polski lekarz rodzinny stara się pomóc kilkunastu lub kilkudziesięciu nie tyle oczekującym, co żądającym porady. Czasem musi odmówić. Działając pod presją rozsierdzonej kolejki, nie ma szans na spokojną i rzeczową ocenę sytuacji.

Podczas gdy jego zagraniczny kolega, świadom prawnych konsekwencji nerwowego pośpiechu, cierpliwie przestrzega procedur zbierania wywiadu i badania lekarskiego – polski doktor Ojbolu zgłębia tajniki przepisów i urzędowych wymogów: primum – eWuś, secundum – Jednorodne Grupy Pacjentów, tertium – Charakterystyka Produktu Leczniczego. W żadnym katalogu świadczeń nie znajduje miejsca na deficytową empatię i staromodny *savoir vivre*.

I tylko wtedy, gdy zdarzy się tragedia – umrze dziecko, ktoś nie dojedzie na czas do szpitala, dla kogoś zabraknie miejsca na sali operacyjnej, specjaliści i decydenci w ochronie zdrowia konstatują: oto porażka systemu. Za chwilę jednak uzupełniają, że w systemie zawsze decyzję ostateczną podejmuje człowiek – w domyśle lekarz. Rusza maszyna kontroli, narad i konsultacji. Ktoś tworzy fundację, ktoś składa zawiadomienie do prokuratury, ktoś podejmuje decyzję o kupnie nowoczesnego sprzętu. Dalsze losy sprawy spowija wstydlwe milczenie – sprawa się toczy poprzez tryby wymiaru sprawiedliwości, zakupione urządzenie pracuje mało wydajnie, bo wszyscy zapomnieli, że to tylko maszyna, której właściwe funkcjonowanie wymaga jednak udziału człowieka.

I tak gabinet lekarski – w odczuciu statystycznego Kowalskiego – ewoluuje z miejsca niesienia pomocy w pomieszczenie, w którym należy obawiać się braku staranności, lekkomyślności, korupcji, karygodnego błędu. Winny jest system. Ale w systemie zawsze ostateczną decyzję podejmuje człowiek... I to on sam musi zadbać o to, byśmy nie stali się zbiorowym bohaterem tabloidowego kryminału.

A bycie podmiotem anegdoty na pewno nie przyniesie mu ujmę na honorze... ■

*Godząc się na
pracę w kilku
miejscach,
tworzymy
utudę
zabezpieczenia
pomocy
lekarskiej
na wszystkich
jej etapach.
Propozycję
kontroli
czasu
lekarskiej
pracy
pominęliśmy
wstydlwym
milczeniem.*



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Zawodziński, Maćkowiak i Niżyński

Wielki polski tancerz Wacław Niżyński urodził się w Warszawie, wychował i wykształcił w Petersburgu, a karierę zrobił w Paryżu.

Podczas licznych tournée z zespołem Diagilewa zachwycił świat, ale wkrótce popadł w obłąd i... w objęcia medycyny. Spędził ponad 30 lat w częściowej lub całkowitej nieświadomości, aby w roku 1950 umrzeć w Londynie na... zapalenie nerek. Jego psychiczne przypadłości można śledzić, czytając „Dzienniki”, które są belkotem różnych skojarzeń zanotowanych po rosyjsku, polsku i francusku. Nasz Bóg Tańca żadnego z tych języków nie nauczył się dobrze. Tak ułożyło mu się życie... i jeszcze ta choroba...

Znam niemałą liczbę artystów z większymi lub mniejszymi przypadłościami psychicznymi. Są to dolegliwości na szczęście nieporównywalne z chorobą Niżyńskiego. O ile Niżyńskiego przez połowę życia dręczono terapiami w celu uratowania jego geniuszu dla sztuki tańca, moich znajomych odradzałbym raczej jako pacjentów specjalistów od psychiatrii. Dla dobra uprawianej przez nich sztuki należy raczej pozostawiać ich w niegroźnym stanie obłądu. Podleczeni lub chwilowo medycznie zaspokojeni natychmiast przestaliby ćwiczyć na przykład na oboju, na sali baletowej lub wykonywać wprawki głosowe. Zajęliby się organizowaniem zebrań, zakładaniem związków, pisanem petycji, donosów, a nawet wykrzykiwaniem na dyrekcję.

Obłąd Niżyńskiego miał inne źródła. Jego ojciec Tomasz, również tancerz (doskonali mazurzystą), był notorycznym pijakiem. Pozostawiło to ślady na psychice całej trójki spłodzonego przez niego potomstwa. Najstarszy Stanisław umarł młodo w szpitalu wariatów, Wacław (wiadomo!), a najmłodsza Bronisława (również tancerka i choreograf) została zapamiętana przez polskich tancerzy, z którymi pracowała tuż przed wojną w Warszawie jako osoba wielce nie równoważona.

Teraz po stu latach od apogeum kariery tego niezwykłego artysty pojechałem do Łodzi, aby zobaczyć ostatnie przedstawienie monodramu stworzonego przez Waldemara Zawodzińskiego na podstawie „Dzienników” Niżyńskiego. Jako wykonawcę i współrealizatora miał do dyspozycji człowieka

zaiste niezwykłego. Kamil Maćkowiak jest dyplomantem zarówno szkoły baletowej, jak i teatralnej. Spodziewałem się więc zobaczyć rolę z jednej strony opartą na technice tańca, z drugiej na aktorstwie człowieka obłąkanego.

Nic z tych rzeczy. Po 8 latach grania „Niżyńskiego” (ponad 150 spektakli) Maćkowiak wzniosł się na wyżyny scenicznej transformacji. Jego wcielenie się w postać obłąkanego Niżyńskiego może być porównywalne jedynie z kreacją Krystyny Jandy grającej przed laty Marie Callas podczas lekcji śpiewu. Oboje w swych kreacjach prześcignęli pierwowzory, porwali widownię, zachwycili, zaparli widzom dech w piersiach.

Kamil Maćkowiak to superinteligentny mag sceniczny zrazu umiarkowany i wyciszony, po czym pełen niepomysłowej ekspresji, metamorficzny, świetnie panujący nad sztuką przeistaczania się, nadzwyczajnie dysponowany głosowo i oczywiście ruchowo. Przeżywalismy wspólnie z nim w teatralnym napięciu konflikty moralne, opcje życiowe, preferencje erotyczne, pogłębiające się sprzeczności w kontaktach z otoczeniem, wreszcie problemy uprawiania sztuki baletu zarówno z pozycji twórczej, jak i gwiazdy obwołanej Bogiem Tańca. I choć to obłąd, wołałbym, aby od tego przypadku medycyna trzymała się z daleka.

Pozostanie tajemnicą teatralnej „alkowy”, jaki był twórczy udział w tym wybitnym spektaklu jego reżysera i współscenarzysty – Waldemara Zawodzińskiego i Kamila Maćkowiaka – kreatora postaci Niżyńskiego, choreografa, a przede wszystkim artysty trzymającego w skupieniu i absolutnej ciszy bez przerwy przez 2 godziny zasłuchanych, stłoczonych i zapatrzonych widzów. Mimo kompletów na widowni już po raz ostatni, bo Maćkowiak zrezygnował właśnie ze stałego engagement w Teatrze im. Jaracza w Łodzi. Oby nie rozstał się również ze swym dotychczasowym dyrektorem artystycznym Waldemarem Zawodzińskim. Ten duet bowiem mógłby mieć w teatrze jeszcze wiele do powiedzenia.

Broń Boże, nie straszę tu przypadkiem Niżyńskiego i Diagilewa. Radzę tylko, aby lepiej nie ryzykować... ■

List do redakcji

Głos w sprawie UUZ

W trzecim numerze GL w artykule wstępnym umieścił Pan Redaktor następujący akapit: „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 należeć ma prawo kontrolowania szpitali i poradni oraz wydawanie certyfikatów jakości”.

W dalszym ciągu artykułu zadaje Pan sobie – i nam wszystkim – pytanie: „czy mamy prawo być optymistami?”

Jeśli idzie o jakość opieki zdrowotnej, proponowana zmiana zdecydowanie nie napawa optymizmem. Oznacza ona po prostu, że instytucja rozdzielająca pieniądze będzie jednocześnie miała uprawnienia kontrolne (tam, gdzie idzie o racjonalne wydawanie tych pieniędzy – rozumiem, jest to uprawnione) oraz będzie wydawać certyfikaty jakości, czyli w pewnym sensie, poprzez ocenę podległych sobie placówek, będzie oceniać sama siebie.

Nie wydaje się, żeby było to dobre rozwiązanie. Od kilkunastu już lat jakością pracy placówek medycznych zajmuje się Centrum Monitorowania Jakości,

Atmosfera gabinetu

Dyskryminacja dorosłych we współczesnym świecie widoczna jest na każdym kroku. Również w medycynie.

Przeczytałem artykuł „Odważnie do dentysty”. Dziennikarka rozmawia ze stomatolożką o tym, jak sprawić, żeby najmłodszy pacjent nie bał się takich zabiegów. Oto fragmenty: „W gabinetach puszcza się dzieciom filmy na dvd. Niektóre zapominają o bożym świecie i nawet nie czują ukłucia podczas znieczulenia... Warto przyprowadzić dziecko wcześniej, zanim coś zaboli, tak żeby oswajało się z atmosferą gabinetu...”. A dlaczego niby tylko dziecko? Co stoi na przeszkodzie, żeby wycieczki do najbliższego stomatologa organizowały dorosłym działy socjalne zakładów pracy? Zamiast wyjazdu na grzybobranie? Albo w ramach. Najpierw do lasu, a w drodze powrotnej... Nie, tak się nie uda. Na tego typu wycieczkach, w drodze powrotnej wszyscy już „zapominają o bożym świecie”. Zatem trzeba to zrobić na samym początku. W drodze na grzyby autokar zatrzymujemy przed gabinetem dentysty i oswajamy się z „atmosferą gabinetu”. A właśnie – kto ma ją tworzyć? Stomatolog niech się zajmie leczeniem, ciężar tworzenia dobrego klimatu wizyty należy przerzucić na asystentkę lub asystenta. Powinni to być zwycięzcy regionalnych szczebli wyborów miss i mistera. Pacjent na podstawie zdjęć wywieszonych w poczekalni powinien mieć prawo wyboru asystentki lub asystenta. I dlaczego w żadnym z gabinetów nie zaproponowano mi dotychczas czegoś na dvd? Mój dentysta włącza najwyżej radio i słucha debat politycznych, od których jeszcze bardziej zęby bołą. A ja bym wolał coś obejrzeć. To może być to samo, co pokazuje się najmłodszym pacjentom, ja jestem dość dziecinny. Najchętniej przypomniałbym sobie na fotelu dentystycznym bajki z mojego dzieciństwa. Chociażby odcinek „Reksia”, w którym pana boli ząb i pies próbuje wszelkimi możliwymi

sposobami mu go wyrwać, na przykład przywiązując jeden koniec sznurka do szczęki, drugi zahaczając o zderzak Fiata 126p. O właśnie – dla dużych chłopców może być też na dvd pokazywane coś z motoryzacji. A najlepiej łączyć te tematyki – najnowocześniejsze wiertarki diesla z napędem na cztery koła i podgrzewane fotele skórzane dla dentysty i pacjenta. Gabinety stomatologiczne mogłyby skorzystać z doświadczeń zakładów fryzjerskich i kosmetycznych, w których tego typu elektroniczne „odwracacze uwagi” wykorzystuje się już od jakiegoś czasu. I to bez dyskryminowania dorosłych. Widziałem takie małe ekrany, na których pokazywały się horoskopy, zapowiedzi kulturalne, plotki, a przy okazji reklamowano środki do pielęgnacji włosów. No to u dentysty – podrzucam kilka pomysłów: notowania giełdowe „Ząb za ząb”, recenzje teatralne „Górna szóstka”, zaproszenie do kina na horror „Ząbi z ulicy Trzonowej”, sensacje z życia celebrytów „Ząb zupa dąb zupa ząb” (tytuł zaczerpnięty od Jeremiego Przybory).

Nie dyskryminujcie dorosłych! Nam też się coś od życia należy! Czy to nasza wina, że trzydzieści parę lat temu nie było jeszcze dvd? I co najwyżej próbowano nieudolnie odwracać uwagę od bolesnego zabiegu wyblakłą, żółtą, świszczącą gumową kaczuszką i, dzisiaj już na szczęście niedopuszczalnymi, wyrażeniami typu: „A cio to? A kukul!”. Niech wreszcie hasło „Ciesz się życiem, walcz z próchnicą!” nabierze prawdziwego sensu i dla nas – pokoleń odchodzących w mgłę systemu ubezpieczeń społecznych. A zwyczaj odwiedzania lekarzy i osvajania się z „atmosferą gabinetu” zanim coś się wydarzy, rozszerzyłbym na wszystkie działy i specjalności. Do medycyny sądowej łącznie. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

dysponujące wyszkoloną i doświadczoną kadrą lekarzy i pielęgniarek, pełniących rolę wizytatorów akredytacyjnych. Przeprowadzana przez zespoły wizytatorów ocena szpitali jest oceną zewnętrzną, niezależną i obiektywną, opartą w całości na stopniu zgodności z wymaganiami znanych standardów akredytacyjnych. Wyniki wizytacji są weryfikowane przez powołaną przez Ministra Zdrowia Radę Akredytacyjną, dopiero na jej wniosek minister udziela – lub nie – akredytacji. Zapisana w ustawie akredytacja sprawdza się doskonale w praktyce: w szpitalach akredytowanych praca jest lepiej zorganizowana, powikłań i zdarzeń niepożądanych jest mniej, lepsze

są też wskaźniki jakościowe. Szpitale, które po raz czwarty lub trzeci poddają się ocenie akredytacyjnej mogą najlepiej powiedzieć, jak wiele w ich funkcjonowanie wniosła akredytacja. Szpitale, którym się nie powiodło, uzyskują wskazówki i wytyczne, w jaki sposób poprawić jakość swoich usług.

Bardzo poważnie obawiam się, że z trudem wypracowany i sprawnie działający proces akredytacji placówek medycznych, w warunkach nowej ustawy ulegnie załamaniu. Nie znając szczegółów proponowanej ustawy, nie mogę mieć oczywiście pewności, że tak się stanie, ale nie widzę wielkiego sensu w rozmontowywaniu czegoś, co dobrze i sprawnie funkcjonuje od lat. ■

Z wyrazami szacunku
dr med.
Jerzy Kulikowski
Prezydent Towarzystwa
Promocji Jakości
Opieki Zdrowotnej
w Polsce



**Maria
Serdyńska**

Doktorantka
Pomorskiego
Uniwersytetu
Medycznego
w Szczecinie

Toskania bliska sercu medyka

Inspiracją do napisania tego tekstu, stał się artykuł opublikowany w „Gazecie Lekarskiej” 10/2012 pt. „Zapiski z (wakacyjnej) podróży” Joanny Sokołowskiej.

**„Medycy, podobno wszystkich nacji podróżują
chętnie i umiejętnie [...],
tak jak krajobraz wpływa na temperament,
tak wykonywany zawód medyczny musi pozostawić
w człowieku, choćby był chwilowo turystą, trwałą ślad”.**

Między zachodnim zboczem Apeninów a urokliwym wybrzeżem Morza Tyrreńskiego, przepasana dolinami rzek i zasilanych przez nie wulkanicznych jezior, leży Toskania (łac. Etruria lub Tuscia, wł. Toscana) – perła włoskiego krajobrazu. W ofercie last minute Toskanię beznamiętnie opisuje się jako całoroczną atrakcję turystyczną zarówno dla miłośników gór, jak i śródziemnomorskich plaż. Szablonowo przedstawia się jej prowincjonalny krajobraz. Niewielkie rodzinne winnice o wielowiekowej tradycji i pola ze stadami owiec, które jak chmurki raz po raz przesuwają się między pagórkami. Czy mimo tego trywialnego obrazu może ona spełnić oczekiwania urlopowiczów – lekarzy, którymi w wyborze sposobu wypoczynku, kieruje nie tylko osobowość, ale i determinizm zawodowy?

W cieniu rzucanym przez szpalery cyprysów i być może pod wpływem sączonego Limoncello (likier cytrynowy), w ukojonym beztroskim odpoczynkiem umyśle, nieśmiało rodzi się pytanie, co jeszcze może nas uwieść w tym „ogrodzie Italii” – jak mawiał o Toskanii Michał Anioł. Co niezwykle wiąże Toskanię z medycyną, a właściwie z medykami?

Nie chodzi o zdrowotne właściwości tamtejszej diety czy sprzyjające aktywności fizycznej szlaki turystyczne (podobno ważne dla chirurgów). Nie chodzi też o harmonię tamtejszego krajobrazu, w którego otoczeniu łatwiej utrzymać psychiczną homeostazę (co z pewnością doceniają psychiatry) ani o plastyczność pejzaży czy mnogość galerii sztuki (stanowiących odmianę dla radiologów, na co dzień przyglądających się mniej barwnym obrazom).

Chodzi o postać pewnego niezwykle lekarza, któremu Toskania zawdzięcza odkrycie swych starożytnych początków.

Izydor Falchi (Isidoro Falchi) w środowisku archeologów porównywany jest do Heinricha Schliemanna – archeologa amatora, odkrywcy legendarnej Troi. Faktycznie wiele łączy obu badaczy, najważniejsza jest jednak wielka pasja i dokonania, którym zawdzięczają swą historyczną nieśmiertelność.

Izydor Falchi urodził się 26 kwietnia 1838 r. w Montopoli (prowincja Pisa), jako jedno z najmłodszych, z siedemnastorga dzieci Giuseppe Falchi i Bibianny Grazzini. Studiował medycynę na Uniwersytecie w Pizie, na którym obronił pracę doktorską w 1859 r. Już w czasie studiów wyróżniał się aktywnością i zaangażowaniem w życie społeczne, co przejawiało się jego poparciem dla zjednoczeniowych działań ruchu Risorgimento. Jako ochotnik zaciągnął się do oddziałów Czerwonych Koszul, w których pełniąc służbę lekarza polowego, wziął udział w „wyprawie tysiąca” pod wodzą Giuseppe Garibaldi. Po ogłoszeniu w marcu 1861 r. powstania Zjednoczonego Królestwa Włoch powrócił do Toskanii, gdzie prowadził praktykę w miejscowości Campiglia Marittima w prowincji Livorno. Szybko zyskał szacunek wśród miejscowej ludności. Jako społecznik nie poprzestał na wykonywaniu zawodu. Zwykle jako wolontariusz pełnił liczne obowiązki na rzecz lokalnej wspólnoty, będąc m.in. sekretarzem miejscowej kasy oszczędnościowej, inspektorem szkolnym, radnym miejskim i członkiem organizacji pomocowej dla robotników. Przez rok pełnił również funkcję burmistrza swojego rodzinnego miasta. To właśnie prace w magistracie obudziły w nim zainteresowanie archeologią. Rozpatrując sprawy roszczeniowe o grunty leśne i pastwiska, miał dostęp do archiwów miejskich, w których zetknął się z informacjami o lokalnych znaleziskach archeologicznych, dokonywanych przez miejscowych rolników. Falchi wysunął hipotezę, zgodnie z którą odkryte przedmioty miały być dziełem starożytnego ludu Etrusków, zamieszkującego tereny dzisiejszej Toskanii i Lacjum, zwane Etrurią. Od tego

*W cieniu
rzucanym
przez szpalery
cyprysów i być
może pod
wpływem
sączonego
Limoncello,
w ukojonym
beztroskim
odpoczynkiem
umyśle,
nieśmiało rodzi
się pytanie, co
jeszcze może
nas uwieść
w tym
„ogrodzie
Italii”?*

momentu, jego życie nierozdzielnie połączyło się z pracami na rzecz odkrycia tajemnic pradawnej cywilizacji. Skrupulatność dokumentacji i wnikliwa obserwacja, których nauczył się, praktykując zawód lekarza, okazały się pomocne w amatorskich badaniach archeologicznych.

Przyglądając się odnalezionym monetom, zauważył transkrypcję, sugerującą ich pochodzenie z zaginionego miasta – Vetulonia. Było ono jednym z dwunastu ośrodków tzw. lukumunii etruskiej, czyli związku miast. Istnienie Vetulonii opisywały starożytne dokumenty, ale jej lokalizacja w przeciwieństwie do pozostałych miast nie była znana. Dzieła starożytnych historyków greckich i rzymskich, dowodziły potęgi i znaczenia miasta, które obecnie ok. 15 km od wybrzeża, dla Etrusków było ważnym portem morskim. Wyjaśnia to, dlaczego symbolem miasta był mężczyzna trzymający wiosło. Prace wykopaliskowe Falchi rozpoczął w 1880 r., w okolicy miasta Colonna Di Buriano w prowincji Grosseto. Szybko okazało się, że założenia archeologa-amatora były słuszne. Po odkryciu licznych śladów istnienia starożytnego miasta, władze na wniosek odkrywcy, zmieniły dekretem nazwę miast Colonnata i Colonna di Buriano, przywracając antyczną – Vetulonia. Pomimo polemiki, jaką z dokonaniem lekarza-archeologa prowadzili badacze-profesjonaliści, uzyskał on od władz Florencji pozwolenie na prowadzenie dalszych prac. Zaowocowało to kolejnymi sukcesami, o których rozpiswała się prasa w Europie, także prasa polskojęzyczna. Wydawany pod zaborem austriackim dziennik „Gazeta Lwowska” w numerze 165 z 1886 roku zawierał szeroką informację o odkryciu etruskich skarbów. Obok Vetulonii, Falchi odkrył również jedną z głównych nekropolii etruskich w Populonii – mieście porcie, w którym wytapiano żelazo z rudy sprowadzanej z Elby. Dziś, podążając szlakiem „La via dei Sepolcri”, w parku archeologicznym Vetulonii można obejrzeć odkryte przez Falchiego grobowce Tomba della Pietrera, Tomba di Belvedere i Tomba del Diavolino.

Choć Falchi cechował się pracowitością i profesjonalizmem, długo nie zyskał wsparcia ze strony zawodowych archeologów. Archeologia jako nauka ekskluzywna zarezerwowana była dla elit i arystokracji, Falchi natomiast wywodził się z ludu i był amatorem, samoukiem. W pracach pomagał mu syn, któremu miał powiedzieć: „Jeśli chcesz być odkrywcą – nie zostawaj lekarzem, gdyż wtedy nikt nie potraktuje cię poważnie”. Dopiero po 14 latach od pierwszego odkrycia społeczność naukowa Florencji zaakceptowała Isidora Falchi, wyróżniając go 3 czerwca 1894 r. nagrodą akademicką i mianując inspektorem wykopalisk monumentalnych w Muzeum Etruskim.

Izydor Falchi zmarł 30 kwietnia 1914 r. w Campiglia Maritima (prowincja Livorno). Prace wykopaliskowe inspirowane jego hipotezami trwały jednak dużo dłużej, kolejne doniesienia z terenu jego prac ogłoszono w 1920 i 1954 r. Swoją spuściznę pozostawił pod postacią publikacji naukowych poświęconych prowadzonym badaniom.

W hołdzie niezwykle lekarzowi w Castiglione Della Pescaia w prowincji Grosseto w czerwcu 2000 r. otwarto Muzeum Izydora Falchi. Oprócz etruskich przedmiotów odnalezionych przez jego patrona i pamiątek po nim samym, przechowuje się w nim dokumentację dotyczącą historii regionu.

Etruskowie do dziś stanowią zagadkę dla naukowców. Odkrycia Izydora Falchi rzuciły nowe światło na historię

Etrurii, lecz to nie koniec związków medycyny z historią tego obszaru. Współczesnymi kontynuatorami prac Izydora Falchi są naukowcy z zespołu prof. Alberto Piazzę, badający pochodzenie tajemniczego ludu. Prowadzone przez nich badania oparte o porównanie materiału genetycznego mieszkańców różnych regionów basenu Morza Śródziemnego przynoszą wiele fascynujących informacji. Próbkę DNA pochodzącą z Toskanii są bliższe próbkom pobranym na Bliskim Wschodzie niż tym, które pochodzą z pozostałych obszarów Włoch. Występuje w nich również pewien wariant genetyczny, wspólny tylko z próbkami pochodzącymi z Turcji. Sugeruje to nie tylko bliskie pokrewieństwo Toskańczyków z Etruskami, lecz także przybliża do poznania szeroko dyskutowanej zagadki pochodzenia wielkiej cywilizacji Etrusków. Toskania jest zatem nie tylko rajskim, ale tajemniczym ogrodem Europy. ■



Malowidła ściennie z etruskiego grobowca w Tarkinii



Zdjęcie mapy z książki „Etruskowie. Dzieje tajemniczego ludu”



Pole słoneczników w miejscowości Maremma. W tle miasto Vetulonia

źródło: www.ilmeteo.it

Pełna wersja artykułu na www.gazetalekarska.pl



**Agata
Morka**

Historik
sztuki

Do upadłego

Sceny rodzajowe w malarstwie często wieją nudą. Bo jakoś tak zawsze bez tajemnicy, zazwyczaj na szaro, o biedzie, o upodleniu, na smutno. Aż tu nagle taki Fiedotow, wcale nie nudny i wcale nie malarz. Większość życia poświęcił bowiem karierze wojskowej, wieczorowo tylko studiując sztukę. Jego akwarele łączą przerysowany dramatyzm z odrobiną komedii, budując co najmniej niejednoznaczny portret Rosji połowy XIX w.

Choćby taka scena: przy stole zadowoleni goście, którzy, sądząc po ilości opróżnionych butelek, są tu już od dawna i wyjść nie zamierzają. Bawią się do upadłego, zresztą dosłownie: jeden z biesiadników właśnie osunął się na ziemię. Jeśli wierzyć tytułowi obrazu, za jego stan winić należy cholere. Nad nieszczęśnikiem pochyla się pani domu, starając się ocucić pacjenta, najwyraźniej używając do tego celu szczotki, którą masuje jego tors. W tle jedna służąca wzbrania drugiej dostępu do głównej sceny, mimo że kobieta najwyraźniej też garnie się do pomocy: przyniosła ze sobą

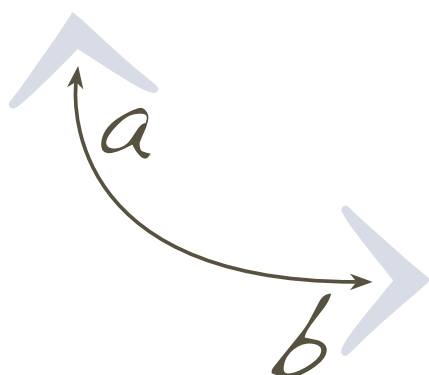
zagadkową strzykawkę i kota, być może jako remedium dla omdlałego gościa. Czytający gazetę uczestnik spotkania również oferuje pomoc, wręczając pani szklankę napoju, ale ta stanowczym gestem odmawia. Inni współbiesiadnicy, sugestywnie odchyleni w stronę stołu, zupełnie ignorują całe zajście, być może przyzwyczajeni do widoku śmierci spowodowanej szalejącą zarazą.

Czy leżący mężczyzna to rzeczywiście ofiara cholery, jak sugeruje Fiedotow? Czy może winić trzeba inną chorobę? Jeśli tak, to jaką? ■



Paweł Fiedotow
„Wszystkiemu winna
cholera”, 1848. Zbiory
Muzeum Rosyjskiego,
Sankt Petersburg

*Czy leżący
mężczyzna to
rzeczywiście
ofiara cholery,
jak sugeruje
Fiedotow? Czy
może winić
trzeba inną
chorobę?*





Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy oraz postaw diagnozę: na jaką chorobę cierpi mężczyzna leżący na podłodze?

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

W temacie maila należy wpisać GL04.
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” 03/2013

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Kamila Wierzbicka z Krakowa
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 03/2013

Obraz oryginalny: a

Diagnoza: Flebotomia uznawana była za lekarstwo w zasadzie na wszystko. Stosowana była do leczenia między innymi nadciśnienia, chorób zakaźnych, udaru mózgu czy bólu głowy.

Procedura, którą z takim skupieniem wykonuje medyk, to upuszczanie krwi, zwane także flebotomią. Metoda ta była wykorzystywana od najdawniejszych czasów – znana była i w Egipcie, i w Mezopotamii, i w starożytnej Grecji. W Grecji uwarunkowana była wierzeniem, że ciało ludzkie składa się z czterech humorów: krwi, flegmy oraz czarnej i żółtej żółci. W przekonaniu Greków choroby wynikały z braku równowagi między nimi. Żeby ją przywrócić, upuszczano więc pacjentom krew. Aż do XIX w. upuszczanie krwi uznawano za skuteczną metodę leczenia w zasadzie wszystkiego, bo stosowano tę metodę zarówno żeby zwalczyć przypadłości wątroby, epilepsję, jak i trądzik. Dziś uważa się, że to właśnie flebotomia przyczyniła się do śmierci angielskiego poety Georga Byrona, a nawet prezydenta Jerzego Washingtona.

Szczegóły:

1. Dodanie do ręki medyka krótkiej, ostro zakończonych włóczni.

Przedstawiona na wazie scena nie pozwala z dużą dokładnością określić, jakiego narzędzia używa medyk w celu nakłucia żyły pacjenta. Wykorzystanie do tego celu włóczni wydaje się nieco przesadzone, aczkolwiek zachowane przybory do flebotomii wskazują, że do procedury używano całej palety najróżniejszych narzędzi, poczynając od nożyków, które wbijano w ciało pacjenta za pomocą drewnianej pałki, po bardziej zaawansowane ostrza zwalniane sprężyną lub dźwignią. Jednym z ciekawszych przyrządów był tak zwany skaryfikator, który dzięki ośmiu ostrzom drapał ciało pacjenta i upuszczał krew w wybranych miejscach.

2. Dodanie na ręce chorego czarnych podłużnych kresek przypominających pijawki.

W przypadku greckiej wazy lekarz upuszczający pacjentowi krew używa do tego celu ostrego narzędzia. Jednak zwłaszcza w średniowieczu używano także mniej „inwazyjnej” metody polegającej na zastąpieniu nakłuc pijawkami, które przysyswając się do ciała pacjenta uczładowały go woli.

3. Dodanie za medykami laski z wijącym się wężem (laska Asklepiosa).

Umieszczenie tego atrybutu obok medyka sugerowałoby, że mamy do czynienia z samym Asklepiosem, greckim bogiem medycyny i uzdrawiania. Jego traumatyczne dzieciństwo było bezpośrednio powiązane z „krwawymi” praktykami, bowiem jego ojciec Apollo, dosłownie wyciął go z łona konającej matki Koronis.

4. Dodanie na misie stojącej u stóp pacjenta kresek, jak na miarce.

Krew upuszczana była z pacjenta w sposób metodyczny. Na odpowiednią chorobę upuszczano krew w odpowiednim miejscu ciała. Ważna była również ilość, stąd do procedury stosowano misy łapiące krew pacjenta. W ustaleniu ilości pomagały kreski na misach, działające jak miarki. W wiekach średnich zazwyczaj upuszczano tyle krwi, by doprowadzić do omdlenia pacjenta. Jeśli miska stojąca u stóp bohatera z greckiej wazy jest choć w połowie napełniona, to heros trzyma się nadzwyczaj dobrze.

Regulamin konkursu
dostępny na stronie
www.gazetalekarska.pl.



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



**Agnieszka
Kania**

Lekarka
dentystka
z Opola,
lekarz
pisarz 2012

Aby życie nie zeszło na niczym

Umówmy się, Mikołaj Rej w młodości robił, co chciał. Chodził do szkół w Skalbierzu i Lwowie, ale do nauki się nie przykładął. Zapisał się na Akademię Krakowską, lecz po roku rzucił studia. Błąkał się po rodzinnym Żurawnie nad Dniestrem, trochę pomagał ojcu, poznał niejednego prawdziwego mężczyznę, który „jako pies obżarły, ledwie dojdzie do barłogu swego”. Mówił całym sobą, zadawał się z kim popadnie, chyba nawet zbałamucił pewną pannę. Wygadany, ale zepsuty prostak – mówili o nim w sąsiedztwie. Aż w 1525 r. przybył na dwór magnata Andrzeja Tęczyńskiego,

wprawiał się tam w układaniu listów, powtarzał łacinę, śpiewał w chórze. I utrwał zmysłami świat, patrzył, słuchał, starał się zrozumieć. A sześć lat później prowadził już do ołtarza Zofię Kościelniównę.

Kto by pomyślał, że właśnie Rej napisze „Żywot człowieka poczciwego” – barwny spis obyczajów zygmunto-wskiej Polski i poradnik moralisty? A jednak kto lepiej niż on poznał życie, kto więcej wytrzymał, kto szedł przez błoto, pił piwo i łapał bażanty? Kto wstawał w południe, śmiał się do słońca, dla jednych był bohaterem, innym wydawał się

beztalenciem i nieukiem? Chociaż czytał Erazma z Rotterdamu i Henryka Bebelę, wertował dzieła baptysty Fuglosa i Poggia Braccioliniego.

I znał się na medycynie. Na jego topliście grzechów pierwsze miejsca zajmowały łakomstwo i pijaństwo. Chrapanie brało się z obżarstwa, swędzenie z lenistwa, pijacy zaś kichali i sapali. Pisarz zachwalał ćwiczenia fizyczne, fitness i ścieżkę zdrowia, nakłaniał do gimnastyki ciała i umysłu, naśmiewał się z wygalantowanych modnisiów i ich rekwizytów: „rozlicznych petlic, strzoków, knafli wymyślnych, dziwnych sznurów,

a u nich kutasów”. Zachęcał do spacerów i surowej marchewki, zamiast kiełbasy z dzika. Przypominał i upominał, iż „najwdzięczniejszy przysmak żołądkowi przegłodzenie”. Choć sam nierzadko był na rauszu, ostrzegał amatorów mocnych trunków i wyliczał czyhające na nich zasadzki. Pisał, niemal naukowo, że potem tylko „katarrus męczy, kolera pali, flegma dusi, [...] brzuch jako pudło, scyjatyka, pedagra pewna”.

Ależ on miał intuicję medyczną! Wiedział, jakie dolegliwości leczyć ziołami – baliczką, bukwiczką i kopytniczką. Wyczytał gdzieś, że przeciwko pleurom i kolkom sporządza się sproszkowane szczęki szczupaka. Potrafił nazywać kankry, karbunkuły i antraksy, czyli wrzody i guzy widywane u chorych na nowotwory. Przeglądał almanachy i uczone księgi, aby wyszukać w nich różne łacińskie specyfiki: *bolum armenum*, *ira pigra*, *terra sigillata*, *reubarborum* czy *hermodaktilorum*. I tylko nie wierzył w cudowną moc medykamentów, które „doktory z miedzi, z żelaza i czasem ze złota palą, a dziwnie destylują”. Chyba za dużo się nasłuchiwał i napatrywał, jak owi srodzy „barwizze jako katowie [...] około pocziwych ciał harują. Jednym kości piłują, drugim ręce, nogi ucierają [...]”.

A jak zachwalał czystość! I to w czasach, kiedy Polacy myli się od wielkiego dzwonu, raz w roku, gdzieś koło Wielkiejnocy. Bo zimą lepiej nie ryzykować, w lecie brakowało czasu, jesienią ochoty, zresztą po co się trudzić, skoro święta blisko. Zachęcał też do czystości w małżeństwie, bez żadnych romansów ani skoków w bok. Kto chce zdradzać „żonkę pocziwą, a w bojaźni bożej wyćwiczoną”, powinien się mieć na baczności – pouczał. Francuzi przychodzą bowiem do niewiernych, do złodziei cudzych żon, do tych zagubionych i niestałych, którzy chodzą tyłem, gubią się, oddalają. I tracą orientację.

Nie ma jak prowincja – przekonywał pisarz – z jej ogrodami, książkami, spowolnieniem i jakąś leniwością, która sprzyja rozmyślaniam. Nie ma jak wieś. Może tylko tam zdarza się to, co prawie niemożliwe: czytanie w myślach i miłość. Nie ma jak ziemskie życie. Z prostymi gestami, bez doniosłości, z mozaiką pospolitości, nonszalancją, głupstwem, błędem, który czasem jest piękny.

No proszę, jak wiele możemy się dowiedzieć ze średniowiecznego „Żywota...”. Z dzieła będącego poradnikiem medycznym, niezbędnikiem intelektualisty, *vademecum* – co robić, aby życie nie zeszło na niczym. A także samouczkiem albo zestawem do poprawiania samego siebie. Niby-rajem, takim z grafiki Henryka Płociennika „Miodowy miesiąc 5A”.

Henryk Płociennik, „Miodowy miesiąc 5A” 2/6
autocynkografia (1984)

Od redakcji: 
na tegorocznych VIII
Zimowych Igrzyskach
Lekarskich autorka
zdobyła dwa złote
medale i jeden brązowy
w konkurencjach
alpejskich, a w biegu
na pięć kilometrów
wywalczyła srebro.
Gratulujemy!

**Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie zaprasza na
WARSZTATY TANECZNE DLA LEKARZY
ZAKOPANE – 22-26 maja 2013 r.**

(zakwaterowanie od środy 22 maja godz. 17.00
do niedzieli 26 maja godz. 12.00)

W programie:

- 4 noclegi z wyżywieniem (śniadania, obiady i kolacje w formie bufetu)
- nauka tańca towarzyskiego dla początkujących 2 razy dziennie (łącznie 14 godzin)
- warsztaty tańca towarzyskiego dla średniozaawansowanych (14 godzin)

Zgłoszenia i szczegółowe informacje:

Anna Zalewska
e-mail: azalewska31@interia.pl
tel. 793 65 11 52 (po godz. 20.00)



XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim

Bystre 1-3 marca 2013

Większość uczestników mistrzostw jadąc w Bieszczady, zastanawiała się tylko nad jednym, czy pogoda będzie łaskawa i pozwoli rywalizować. Jednak po raz kolejny stok Dzidowa okazał się łaskawy i zawody można było rozgrywać w bardzo dobrych warunkach.

W tym roku odbyły się oficjalne zawody w dwóch konkurencjach. Tradycyjnie w slalomie gigancie i po raz pierwszy w specjalnym. Najkrótszą z alpejskich konkurencji rozegrano pierwszego dnia, który rokrocznie przeznaczony był jedynie na trening. Najbardziej precyzyjnym w wykonywaniu skrętów okazał się Daniel Nadjzonek oraz Jolanta Rembiasz z OIL w Krakowie.

Drugiego dnia rozegrano najważniejsze zawody, czyli giganta. Uzyskane w nich wyniki pozwalają otrzymać tytuł najlepszego narciarza w kraju. Przy pięknej słonecznej pogodzie i na nawierzchni pogrubionej jeszcze po nocnych opadach rozpoczęła się prawdziwa walka. Niektórzy po piątkowych niepowodzeniach w „specjalnym”, tu postawili wszystko na jedną kartę. Ale byli też tacy, którzy największego przeciwnika mieli we własnej

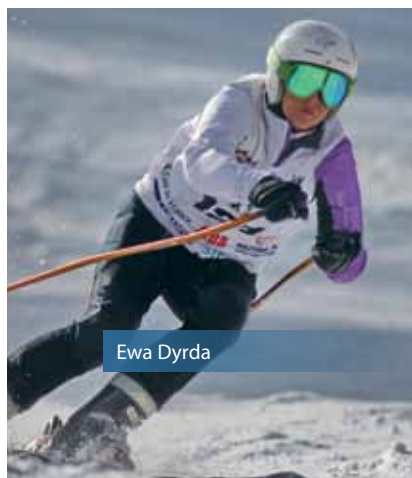
osobie i nie przeceniając umiejętności, bardziej zastanawiali się nad samym dojazdem niż wynikiem. Po zaliczeniu dwóch prób Mistrzami Polski na rok 2013 zostali Ewa Dyrda i Przemysław Stefanik, obydwie ze Śląskiej OIL. Drużynowo, dzięki Mistrzom Podkarpacia i licznej reprezentacji, wygrała OIL w Rzeszowie. Oprócz lekarzy startowali również sympatycy i tu na podkreślenie zasługuje wynik 17-letniej Kai Zamorskiej, która uzyskała najszybszy przejazd wśród wszystkich par.

Zawody, jak co roku, cieszyły się dużym zainteresowaniem lekarzy. Świadczy o tym nie tylko liczba uczestników, ale także droga, jaką mieli do pokonania. Najdłuższą w kraju miał Grzegorz Skobel z OIL Szczecin, a Andrzej Golec przyjechał z Niemiec. O tym, że można startować w każdym wieku, przekonał wszystkich Antoni Prokopowicz. Najwcześniejszy urodzony uczestnik mistrzostw, reprezentujący rzeszowską OIL, wygrał swoją grupę wiekową.

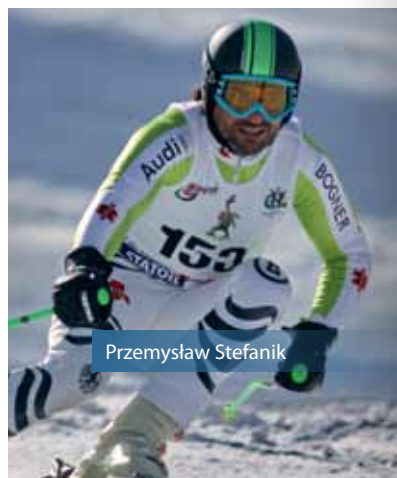
Gratulujemy i dziękujemy wszystkim za udział w mistrzostwach. ■



Andrzej Golec



Ewa Dyrda



Przemysław Stefanik



Sport

Janusz
Majka

I MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W TRIATHLONIE MTB

**15 CZERWCA 2013,
PŁOCK – SOBÓTKA**

W RAMACH VIII OGÓLNOPOLSKIEGO TRIATHLONU
O PUCHAR PREZYDENTA M. PŁOCKA
PŁYWANIE – 750 m, ROWER MTB – 20 km, BIEG – 5 km
ZAPISY DO 31 MAJA. KONTAKT: lek. Maciej Słodki:
600051957 lub Waldemar Gieres 606 754 997
Więcej informacji i zapisy na www.pttdelta.pl
Współorganizatorem zawodów
jest Okręgowa Izba Lekarska w Płocku

VII Rajd Konny Lekarzy

Klub Jeździecki działający przy Komisji Sportu i Rekreacji
ORL w Łodzi zaprasza do udziału w kolejnym już VII Rajdzie
Konnym Lekarzy im. Majora Hubala, który odbędzie się
14–16 czerwca 2013 r. Bazą wypadową i hotelową dla
uczestników spotkania oraz ich wierzchowców będzie
– jak dotychczas – Ośrodek Jeździecki w Mikołajowie
k. Koluszek. Organizatorzy przewidują wiele atrakcji.
Zapisy przyjmuje i szczegółowych informacji udziela:
Wojciech Sędzicki, tel. 722 282 750, prezes Klubu
Jeździeckiego.



**TURNIEJ
TENISA
ZIEMNEGO**

LEKARZY

8-9 CZERWCA

Sopot
ul. Haffnera 74
(dawne korty MOSiR)

zapisy i informacje:
www.turniejelekarzy.vcard.pl

XIII Jurajski Rajd Rowerowy

18-19 maja 2013

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie zaprasza
na doroczny rajd rowerowy po Jurze Krakowsko-
Częstochowskiej.

Przy rezerwacji konieczna wpłata zaliczki w kwocie 100 zł na
konto OIL w Częstochowie:

nr konta 82-1140-1889-0000-2433-3300-1001

BRE Bank Oddział w Częstochowie

W tytule wpłaty należy wpisać: udział w rajdzie (ilość) osób.

Potwierdzenie wpłaty należy przesłać faksem na nr
34 365 41 20 w. 300 do dnia 30 kwietnia 2013 r.

Wpłaty można dokonać również osobiście w biurze OIL,
ul. gen. Józefa Zajączka 5.

Szczegółowe informacje: Tomasz Klimza, tel. 691 48 83 83
lub w biurze OIL w Częstochowie 34/368 18 88, e-mail:
czestochowa@hipokrates.org.

XII Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w Częstochowie

10-12 maja 2013

Opłata za udział:

125 zł – Członkowie Polskiego

Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy

170 zł – Lekarze nie zrzeszeni w PSTL

Prosimy o wpłaty na konto do 20 kwietnia 2013 r.

BRE Bank S.A Oddział Częstochowa

Numer konta: 82-1140-1889-0000-2433-3300-1001

Tytułem: Tenis 2013

Zgłoszenia przyjmują: Lesław Rudziński tel. 601 91 33 81, Rita

Idziak (034) 368-18-88, faks: (034)365-41-20.

Dodatkowe informacje na stronie: www.pstl.org.

XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach

Championat SzachMedica

09-12 maja 2013 Wisła

Organizator: Naczelna Izba Lekarska w Warszawie oraz Śląska
Izba Lekarska w Katowicach

Zgłoszenie udziału:

pocztą elektroniczną na adres: biuro@zabrze.org.pl do dnia
2.05.2013 na załączonym formularzu zgłoszeniowym
lub telefonicznie do sędziego głównego, Alfreda Maślanka,
tel. 32 278 10 34 i kom. 509 677 202 lub 514 231 907
lub dyrektora mistrzostw, Jerzego Pabisa, tel. 605 569 065

Informacje o turniejach: dostępne są na stronie
www.chessarbiter.to.pl

Formularz zgłoszeniowy: do pobrania z kalendarza imprez
na stronie www.zabrze.org.pl

VIII Zimowe Igrzyska Lekarskie

Tradycyjnie w drugi weekend marca odbyły się Zimowe Igrzyska Lekarskie. Mimo że w tych dniach na Podhalu zagościła odwilż, na starcie stawili się blisko 200 osób. W Jurgowie rozegrano gigant oraz slalom, na Grapie w Białce Tatrzańskiej supergigant. Wśród wielu medalistów na szczególne wyróżnienie zasługują zdobywcy złota we wszystkich trzech alpejskich dyscyplinach: Jadwiga Dowgiałło Smolarczyk (Warszawa), Jadwiga Biela Mazur (Katowice), Kazimierz Klecz (Tarnowskie Góry), Andrzej Golec (Dusseldorf), Przemysław Stefanik (Katowice). Największym bohaterem igrzysk został Przemysław Nowak, ortopeda z Opola, który nie dość, że wygrał wszystkie zawody alpejskie, to jeszcze obie dyscypliny w snowboardzie i kombinację. A do 6 złotych medali dorzucił srebro w łyżwiarstwie i start w biegu narciarskim. Inni równie wszechstronni to: Kazimierz Klecz, Jacek Machalica (Pszczyna), rodzina Wojcieszynów (Tychy), Janusz Lewandowski (Koniaków), Bartek Kita (Kraków) czy Agnieszka Kania (Opole), która poza talentem literackim (pisuje do „GL”) nie po raz pierwszy pokazała olbrzymi talent narciarski.

Rekordową liczbę uczestników zgromadziły coraz bardziej popularne w Polsce biegi narciarskie. Na trasach zakopiańskiego COS najszybszy był Piotr Bubula z Wiśniowej. Pod nieobecność swojego brata Pawła, który w tym czasie biegał w Norwegii, a wcześniej wywalczył brąz na narciarskich mistrzostwach świata lekarzy. Poza tym złoto w biegach wywalczyli: Teresa i Marcin Zajuszowie (Andrychów), Małgorzata i Katarzyna Wojcieszyn, Piotr Mikołajczyk (Będzin), Jerzy Klimczak, Łukasz Lubelski (Katowice). W nieco bardziej niszowej formie biegu narciarskiego – ski tourze, na trasie z Kuźnic na Kasprowych Wierch przez Kocioł Gorczykowy, zwyciężyli: Łukasz Lubelski i Lucjan Habieda (Rabka-Zdrój).

Swoje spotkanie na igrzyskach miała lekarska kadra w hokeju na lodzie. W obu meczach z amatorską drużyną Demony Nowy Targ padł identyczny wynik 8:4 dla lekarzy. Kadra zyskała też nowych graczy. Szczególnie cennym nabytkiem jest stażysta z Sanoka, Radosław Wojnarowski, mający za sobą hokejową karierę, a także



znakomicie jeżdżący na snowboardzie (srebrny medal).

Igrzyskom jak zwykle towarzyszyły Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym, rozgrywane na hali KS Gorce Nowy Targ. Tu także pojawiły się nowe twarze, co dobrze rokuje rozwojowi lekarskiego tenisa.

Mimo że pogoda na igrzyskach nieco kaprysiła, atmosfera na zawodach była znakomita. Na dekoracjach medalowych obecny był m.in. Jacek Tętnowski, szef Komisji Kultury i Sportu NRL. A kolejne, XI Letnie Igrzyska Lekarskie, odbędą się w Zakopanem w dniach 11-15 września 2013 r.

Wyniki, zdjęcia oraz informacje o igrzyskach lekarskich dostępne są na stronie www.igrzyskalekarskie.org. ■

VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej

15-16 czerwca 2013, Częstochowa

Kontakt do organizatorów:

Piotr Janik, tel. 602 380 957

Przemysław Klimas, tel. 604 792 574

Rita Idziak, tel. 34 368 18 88, 692 397 518

faks: (034)365-41-20

e-mail: czestochowa@hipokrates.org

Okuliści na stoku

W dniu 23 lutego w Kalnicy nieopodal Wetliny, pośród skąpanych w słońcu bieszczadzskich szczytów, odbyły się już XV Ogólnopolskie Zawody Narciarskie Okulistów. Więcej informacji podajemy na stronie www.gazetalekarska.pl. I jak zwykle zapraszamy w Bieszczady ponownie za rok w ostatni weekend lutego!

Jan Witkiewicz



Słowackie medale dla Polaków

16 marca w ośrodku narciarskim Roháče na Słowacji odbyły się ogólnokrajowe zawody narciarskie pracowników służby zdrowia LEKOM SKI 2013 w slalomie gigancie. Do rywalizacji zaproszono również zawodników z zagranicy. Zawody zorganizowano pod patronatem Słowackiej Izby Lekarskiej.

Wśród 80 uczestników znalazło się 4 lekarzy z Polski. Każdy z nich wywalczył medal:

- Weronika Rabczak z Krakowa zajęła I miejsce w grupie par z roczników 1997-1973,
- Grzegorz Dziarkowski z Krakowa zajął I miejsce w grupie panów z roczników 1963-1972,
- Piotr Zagórski z Żor zajął II miejsce w grupie panów z roczników 1997-1973,
- Wojciech Rabczak z Krakowa zajął III miejsce w grupie panów z roczników 1997-1973.

GRATULUJEMY!

(K.S.)

FOTO: Katarzyna Strzałkowska



Wyprawa motocyklowa

Żadna przygód trójka śmiałków Marta i dwóch Michałów – młodych adeptów sztuki lekarskiej, członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, zaplanowała kolejną motocyklową eskapadę. Tym razem celem jest Gruzja, Armenia oraz południowa część Turcji. W liczącą około 10 tys. km podróż wyruszą na motocyklach Honda VT 600 oraz Honda VFR 800. Cel: pokonanie trasy w czasie ok. 4 tygodni. Wyjazd zaplanowany jest na początek lipca.

„Gazeta Lekarska” objęła wyprawę patronatem medialnym.

FOTO: archiwum

Pascha

Każda miłość ma swój Wielki Piątek
Krzyżemznaczony na naszych barkach
Włóczęgą, która serce chce rozszarpać
W słowach wrogich przyrzeczoną klątwę

Każda miłość ma Wielką Niedzielę
Zmartwychwstanie z obrusa proporcem
Zimny okład zastępuje kolce
Tli się życie w zdrowiejącym ciele.

Każda miłość czeka na ofiarę,
Goryczy kroplę, przelaną czarę
Niewinnego białego baranka

Każda miłość niesie Wielkie Słowa,
Co jak gwoździe chciałyby pochować
W najskrytszych dłoni zakamarkach.

**Jarosław
Wanecki**

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”

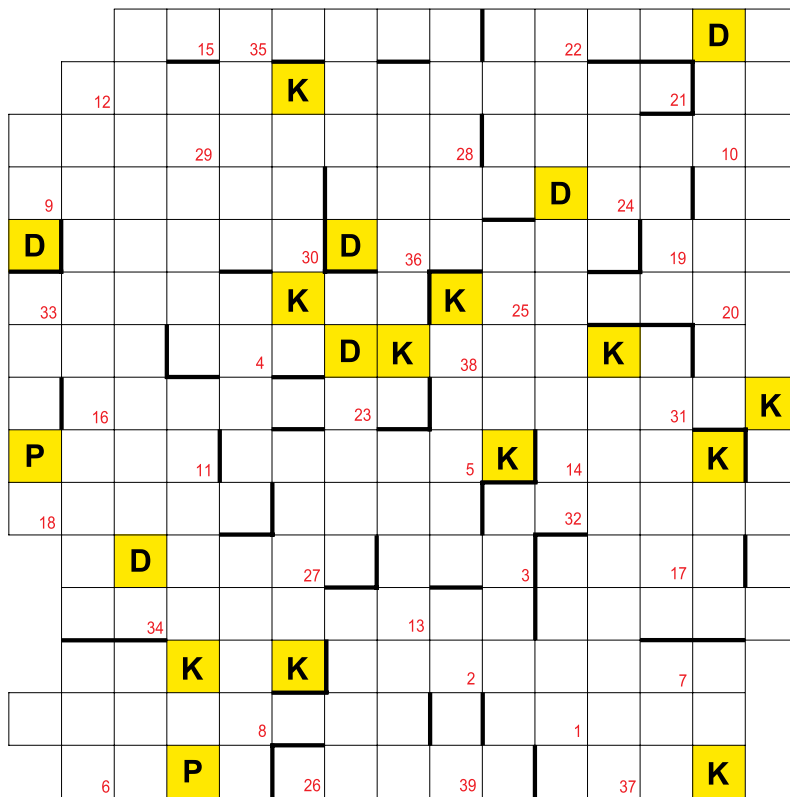


Francisco de Zurbarán, Agnus Dei, 1635/40. Madryt, Prado

Objaśnienia 69 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery D, K i P. Na ponumerowanych polach ukryto 49 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 maja 2013 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

**Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 185 („GL” nr 2/2013)
Nie wystarczy dużo wiedzieć, aby być mądrym.
Heraklit**

Nagrody otrzymują: Bartłomiej Dubaj (Jarosław), Ewa Monkiewicz (Warszawa).
Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.



* varicosis * autor „Dżumy” * angielski hrabia * Olita * pamięć wyłącznie do odczytu * lewicowiec * workowiec stożkowy lub jadalny * likier z kminkiem * sprzedaje auta lub drągi * prorok większy lamentujący * masa do pieczętowania * rura jarzeniowa * przydomek koziołka * birmańska złotówka * uzdrowisko z konferencją jałtańską * na sukces * gawrony gwarowo * powieść Gojawiczyńskiej * koleżanka Ali * Jakub, wódz rabacji * kamień alunowy * ischias * imię Samprasa, gwiazdy tenisa * stan z Koczin * gorzała z daktyli * zabójstwo * rezus lub magot * cymes, smakołyk * odkrył Alaskę z Beringiem * Halleya * flak, jelito * fungicydyna * mędrzec ze Wschodu * nóż jak siekierka * główny port Ukrainy * crus * smaczna ze śledziowatych * autor „Filipik” * amortyzator rurowy hydrauliczny * libański chrześcijanin * szwadron kozacki * imię Amundsena * toksyna * kanarek w tramwaju * ojczulek * Góra w Częstochowie * żelbet * przez nią cierpiał młody Werter * papuga krzyżówkowa * stan z Wilmington * Zygmunt Stary dla Jagielly * napisał „Folwark zwierzęcy” * zapach z nut chypre, zielonych i mchu dębowego * śmierć pozorna * szal z futra * cios * Zjednoczone Ameryki * operowe solo * bracia, patroni Europy * drugi dzień tygodnia * betabloker kardioselektywny * kolorowy chalcedon * Konstancja, młodzieńcza miłość Chopina * miano * kończyła w ozimie * gród nad Jeziorakiem * grecki portyk kolumnowy * miał dzień z Kondratem * oksyneurya

BJER

**Wydawca:
Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład: 160 390 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 skróć, 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).

