

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



Palenie

sprawa życia i śmierci s. 6



Obniżanie kosztów

Czekają nas radykalne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Przepraszam Czytelnika „Gazety” za to sformułowanie, bo do tego stwierdzenia przyzwyczailiśmy się od kilkunastu lat. Przemiany w tej sferze życia społecznego próbuje przeprowadzić każdy kolejny rząd. Przykre jest to, że żadnemu nie udało się dokonać zmian satysfakcjonujących pacjentów i lekarzy. Tym razem wszystko wskazuje na to, że przedstawione przez rząd propozycje, zawarte w tak zwanym pakiecie ustaw zdrowotnych, w części już przyjęte przez Sejm, zyskają akceptację Senatu, potem zaś podpis Pana Prezydenta. I nikogo nie obchodzi, że część nowych regu-

lacji budzi zdecydowany sprzeciw środowiska lekarskiego. Z kilkunastu spotkań, w których uczestniczyłem w ostatnich tygodniach, dwa tematy wybijają się na pierwszy plan: likwidacja lekarskiego stażu podyplomowego i przekształcanie medycznych placó-

ta polskiej uczelni medycznej znacząco różniło się na niekorzyść od jego zachodniego kolegi. Z tego powodu staż podyplomowy był „wyrównaniem szans”, często pierwszą okazją do praktycznej nauki zawodu lekarza. Z drugiej trudno mi sobie wyobrazić ta-

cze praktycznego nauczania. Drugi temat, czyli szpital jako spółka prawa handlowego, nie jest w Polsce czymś zupełnie nowym. Na konferencjach dzielą się swoimi doświadczeniami prezesi spółek, które powstały z powiatowych szpitali publicznych. Jednym z głównych wątków jest obniżanie kosztów. Często możemy usłyszeć, że przy obecnym poziomie finansowania lecznictwa zamkniętego, po wcześniej dokonanych cięciach budżetowych, jedynym źródłem następnych oszczędności będzie fundusz wynagrodzeń. W praktyce oznacza to zmniejszenie liczby zatrudnionych lub obniżenie płac.

Ryszard Golański
naczelnym@gazetalekarska.pl

Część nowych regulacji budzi zdecydowany sprzeciw środowiska lekarskiego.

wek publicznych w spółki. Ten pierwszy budzi we mnie uczucia mieszane. Z jednej strony od dawna wiemy, że przygotowanie praktyczne absolwen-

ta metamorfozę systemu nauczania na ostatnim roku studiów, aby w pełni zastąpił on staż. Istotne są tutaj sprawy finansowe i szpitalne zaple-

MIGAWKA



Fot.: Wojciech Ziemiak

4 kwietnia w Teatrze Muzycznym ROMA w Warszawie odbył się pierwszy w historii koncert lekarzy „Ars Medici”. Organizatorem koncertu był prezes PTL prof. Jerzy Woy-Wojciechowski. Dochód, ze sprzedaży płyt-cegiełek z muzyką Fryderyka Chopina został przekazany Warszawskiemu Hospicjum Dla Dzieci.

(RELACJA S. 60-61)

- 3..... Wstępniak
Migawka
- 5..... Okiem Prezesa
Maciej Hamankiewicz
- 6-13..... Temat miesiąca
Nie ma przyzwolenia dla palenia
- 14-15..... Rozmowa o zdrowiu
Jerzy Owsiak
- 16..... Z notatnika Rzecznika NIL
Katarzyna Strzałkowska
- 17..... Nasi w Europie
Romuald Krajewski
- 18-19..... Rozmowa o samorządzie
Milan Kubek
- 20..... Na rzecz dzieci
Nagroda im. Aliny Margolis-Edelman
- 21..... Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz
Błędy i ich ofiary
- 22-23..... U stomatologów
Akceptacja czy konfrontacja?
- 24-25..... Indeks niedoręczności
Pozwólcie lekarzom leczyć!
- 26..... Spotkanie redaktorów pism OIL
W Rytwianach
- 28..... Wydarzenia
20 lat Beskidzkiej Izby Lekarskiej
- 30-31..... Indeks korzyści
Doc Factor
- 32-33..... Kształcenie
Dotacje na kształcenie organizowane przez OIL
- 34-35..... Listy do redakcji
- 36..... Moim zdaniem
Polityka i emocje
- 37-39..... Wiosna&Ogród
- 40..... Aspekty etyczne
Chirurgia rekonstrukcyjna twarzy
- 42-43..... Współpraca
Etycznie i po partnersku
- 44-45..... Rewers
- 46-47..... Przychodzi lekarz do prawnika
Ochrona dóbr osobistych
- 48-49..... Felieton
Sezon na polowanie
- 50-51..... BIULETYN NRL
- 52-59..... Ogłoszenia, reklama
- 60-61..... Kultura i medycyna
Owacje na stojąco
- 62-63..... Sport i medycyna
Włoski śnieg
- 64..... Komunikaty
Zjazdy koleżeńskie
- 65..... Epikryza
Powtórka z rozrywki
- 66..... Jolka lekarska

Prezes NRL do Prezydenta RP

W związku z uchwaleniem przez Sejm tzw. ustawy refundacyjnej prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz w imieniu samorządu lekarskiego wystosował list do Prezydenta RP.

Powodem listu z 8. kwietnia br. są wątpliwości co do zgodności przepisów ustawy o refundacji leków, środków spożywczych przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z Konstytucją RP.

W liście czytamy: „Pomimo pozytywnych rozwiązań zawartych w ustawie, zmierzających do bardziej racjonalnego używania leków jest w niej wiele przepisów, które należy ocenić krytycznie”. Prezes M. Hamankiewicz zwraca uwagę m.in. na fakt, że zaproponowany w ustawie mechanizm tzw. payback'u, może nie tylko zagrozić stabilności krajowych producentów leków generycznych, ale doprowadzić także do ograniczenia dostępności niektórych leków. Ustawa wprowadza również szczególne uregulowania karne związane z tzw. zachowaniem wywierającym wpływ na poziom obrotu lekami, środkami specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobami medycznymi, a więc także czynnościami lekarzy i lekarzy dentystów. Brak szczegółowego określenia dyspozycji normy karnej w tym zakresie może skutkować nakładaniem kar, np. za przyjmowanie materiałów informacyjnych od firm farmaceutycznych.

Sprzeciw NRL dotyczy także wprowadzenia możliwości wystawiania recept na leki refundowane jedynie przez lekarza lub lekarza dentystę, który podpisze odpowiednią umowę z NFZ. Oznacza to rozszerzenie dotychczasowego obowiązku zawierania umów także na lekarzy i lekarzy dentystów ubezpieczenia zdrowotnego i zwiększa ich obciążenia administracyjne. Jednocześnie przewiduje się możliwość nałożenia na lekarza lub lekarza dentystę kary pozbawienia wolności do 8 lat, jeśli przyjmuje on korzyść w zamian za wystawianie recept na leki refundowane. Wysokość kary jest, w ocenie środowiska lekarskiego, nieproporcjonalna do stopnia przewinienia.

PEŁNA TREŚĆ LISTU DOSTĘPNA NA WWW.NIL.ORG.PL

Non omnis moriar



Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy

dr n. med. Janusza Bugaja

wybitnego lekarza stomatologa, wieloletniego działacza samorządu lekarskiego, wspaniałego człowieka

Rodzinie i Bliskim Zmarłego
wyrazy głębokiego współczucia składają
Przyjaciele



OKIEM PREZESA

Minister Zdrowia w liście podpisanym przez wiceministra Cezarego Rzemka zwrócił się do nas o przedstawienie konkretnych przykładów utrudnień w naszej pracy, a w szczególności dotyczących przyzwolenia na stosowanie przez NFZ praktyk monopolistycznych, dowolnego kształtowania przez NFZ warunków zawierania umów bez uwzględnienia realiów praktyki lekarskiej i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej oraz niewłaściwych definicji licznych JGP. Dlatego też apeluje do Was, Koleżanki i Koledzy, abyśmy wykorzystali zainteresowanie Ministra i dokonywali wpisów w utworzonym na naszej stronie Krajowym Indeksie Niedorzeczności w Ochronie Zdrowia. Chcielibyśmy przekazać jak najwięcej przykładów z „żywej praktyki”, aby resort mógł pomóc w rozwiązywaniu problemów naszej codzienności poprzez wprowadzenie

zmian w konkretnych zapisach.

Zwróciłem się do Prezydenta RP o niepodpisywanie ustawy „refundacyjnej”, gdyż oprócz wskazywanej niezgodności z konstytucją RP ustawy, dostrzegamy jej niezgodność z kodeksem pracy, w szczególności z art. 120. Coraz więcej głosów indywidualnych lekarzy i organizacji lekarskich wskazuje na niewłaściwość przepisów dotyczących recept zawartych w ustawie „o refundacji”, co bardzo cieszy, gdyż głosy te są tożsame ze stanowiskiem NRL z 4 lutego br. Po ostatecznym przyjęciu ustawy będziemy mieli czas do wejścia jej w życie na analizy prawne i podjęcie działań. Jak zasugerowała jedna z Koleżanek – będzie wówczas możliwość odmowy podpisywania umów z NFZ albo skargi do Trybunału Konstytucyjnego na narzucanie obowiązku zawierania umów lekarzom zatrudnionym na umowę o pracę.

Jednym z dokumentów, które trafiły do Indeksu i zainteresowały media był list NFZ skierowany do wielu lekarzy, w którym płatnik informuje, że wartość leków refundowanych zaordynowanych przez lekarza w danym miesiącu lutym przekroczyła kwotę x, co stanowi y% średniej miesięcznej dla jego specjalności. Temat mnie zbulwersował, bo te listy to przykład aroganckiego mobbingu lekarzy przez NFZ. Podanie średniej, obliczonej bez sensu i logiki, listem poleconym jest przykładem, na co NFZ musiał oszczędzać pieniądze z kontraktów.

W naszych uwagach do projektu zmian ustawy „o zawodach”, dotyczącym umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny zawarliśmy gotowość do przejęcia przez Izbę funkcji Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w procesie szkolenia. Otrzymaliśmy list wiceministra zdrowia Andrzeja Włodarczyka, który pisze, że ministerstwo zgadza się z koncepcją przejęcia przez samorząd zawodowy tych zadań administracji państwowej, uważa jednak, że najbardziej efektywnym rozwiązaniem będzie przyjęcie przez Izbę

struktury terytorialnej odpowiadającej podziałowi administracyjnemu państwa. Ucieszyłem się z docenienia roli izb lekarskich w procesie rozwoju zawodowego lekarzy. Realizacja ustawowego zadania izb, jakim jest prowadzenie lub udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy jest szczególnie istotna, bowiem przy braku pomocy ze strony państwa, Koleżanki i Koledzy lekarze mają utrudniony dostęp do różnych form kształcenia podyplomowego, bądź jest ono dla nich zbyt kosztowne. W sprawie obszarów działania izb poprosiłem o opinię izby okręgowej, chociaż sprawa ta była niedawno konsultowana przy projekcie obowiązującej nas obecnie ustawy z grudnia 2009 r.

W marcu i kwietniu miałem zaszczyt uczestniczyć w kilku okręgowych zjazdach lekarzy. Na zjeździe w Lublinie spotkałem dr. J., który okazał się kopalnią wiedzy historycznej. Szczególnie wstrząsnęły mną relacje z przebiegu fizycznej eksterminacji chorych psychicznie pacjentów, z którymi dobrowolnie przed plutonami egzekucyjnymi stanęli ich lekarze. Mam nadzieję, że ten temat będzie okazją do przygotowania dobrego materiału filmowego.
Maciej Hamankiewicz

Nie ma przyzwolenia dla palenia

Każdy wypalony papieros skracą życie o 5,5 minuty, co oznacza, że palacz żyje przeciętnie o 5 lat krócej.

Lucyna Krysiak

W Polsce palą papierosy pali połowa dorosłej populacji. Niestety, wśród palaczy są lekarze. Kilka lat temu paliło ich 43%, obecnie pali 23%, a więc o połowę mniej. Palenie tytoniu jest na świecie przyczyną 4 mln zgonów rocznie. Dziennie z powodu tego nałogu umiera 11 000 osób. W Polsce, co drugi palący w wieku 35-69 lat. Dym papierosowy zagraża również życiu niepalących. Wyniki badań opublikowanych przez British Medical Journal wskazują, że wśród osób, które codziennie mają kontakt z palaczami, śmiertelność wzrasta o 15%, nawet jeśli oni sami nigdy nie palili. Walka z nikotynizmem stała się więc wyzwaniem dla polityki zdrowotnej, lokalnych

samorządów, autorytetów medycznych i każdego lekarza. O tym, że palenie zabija wiedzą wszyscy, jednak ani napisy ostrzegające na paczkach papierosów, ani akcje prewencyjne, ani plakaty ukazujące tragiczne skutki nikotynizmu nie są w stanie odwieść palaczy od nałogu. Nie pomaga nawet ustawowy zakaz palenia. Ponieważ nie można palić papierosów w zamkniętych pomieszczeniach, coraz więcej palących widzi się na ulicach. Co robić, aby prewencja była bardziej skuteczna, a przeznaczone na ten cel

Wśród palących papierosy, niestety, są lekarze.

pieniądze podatników nie były marnotrawione? Może inwestować w uświadamianie zagrożen już dzieciom?

Lista zagrożeń

Stan palacza pogarsza się z każdym wypalonym papierosem. Profesor Witold Zatoński, prezes Fundacji „Promocja Zdrowia” podkreśla, że nałóg tytoniowy prowadzi do powstania 14 lokalizacji nowotworów. Najsilniejszy związek z paleniem wykazują nowotwory złośliwe płuc (80-90%), krtani, gardła, przełyku, jamy ustnej, miedniczek nerkowych,

pęcherza moczowego i trzustki. Słabszy, ale istotny związek obserwuje się z nowotworami żołądka, nosa, wargi, wątroby, miększu nerki oraz białaczek. Naukowcy z USA opisali molekularne podstawy tych powiązań dowodząc, że bezpośrednią przyczyną nowotworów są zmiany w cząsteczce DNA komórki. Szczególną rolę odgrywa tu benzopiren – rakotwórcza substancja, która uszkadza gen p53. Zadaniem tego genu jest powstrzymywanie podziału komórki z uszkodzonym DNA. Gdy zostanie zmieniony, nie spełnia swojej



funkcji i ułatwia rozwój raka. Palenie zwiększa również ryzyko choroby wieńcowej serca, zespołu płucno-sercowego, degeneracji mięszu sercowego, nadciśnienia, miażdżycy, tętniaka aorty, chorób obwodowego układu na-

***Programy
profilaktyczne
w zwalczaniu
nikotynizmu
są mało skuteczne.***

czyniowego, w tym naczyń mózgowych. Jest częstą przyczyną zaćmy, osteoporozy i paradontoz. U mężczyzn zaburza potencję, u kobiet płodność. Dzieci palaczek rodzą się mniejsze i bardziej podatne na choroby, np. cukrzycę.

***POChP
zgubą palaczy***

Z paleniem tytoniu w 90% łączy się przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), na którą cierpi w Polsce 1 mln osób. Zaczyna się uporczywym kaszlem połączonym z odkrztuszaniem gęstej plwociny. W zaawansowanym stadium w ciągu doby zbiera się jej 1,5 litra. Śluz czopuje i zatyka oskrzela, prowokując kaszel, jednocześnie zmniejszając pojemność oddechową i wyzwalając duszność. Z czasem częstotliwość napadów kaszlu i stanów duszności wzrasta i dochodzi do niedotlenienia ogólnoustrojowego, szczególnie mózgu i serca. Brak ich dostatecznego utlenowania prowadzi do rozmiękania mózgu, obja-



wów niedowładu, a w sercu rozwija się zespół niedomogi prawokomorowej z sinicą i obrzękiem kończyn. Leczenie POChP jest kosztowne, wiąże się z częstymi hospitalizacjami, stosowaniem sterydów i antybiotyków. Dlatego powołano Narodowy Program Wczesnego Rozpoznawania i Profilaktyki POChP, finansowany przez NFZ. Stworzono też polski consensus dotyczący diagnozy i leczenia uzależnienia od tytoniu podpisany przez przedstawicieli środowisk medycznych, w ramach którego w ciągu 11 lat przeszkolono ponad 10 000 lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego. POChP wciąż jednak zbiera śmiertelne żniwo, a nawet najcięższe skutki tej choroby nie są w stanie odwieść palaczy od nałogu.

Cierpi serce i naczynia

Zaniepokojeni sytuacją kardiolodzy wypracowali własne stanowisko w sprawie rozpoznawania i leczenia uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Sygnalizują, że nawet niewielka ilość dymu tytoniowego (np. kilka papierosów dziennie, palenie okazjonalne czy bierne) wystarczą, aby wzrosło ryzyko nagłej śmierci sercowej. Jest ono dwukrotnie większe niż u osoby niepalącej. Podkreślają, że palacze są obciążeni znacznie większym ryzykiem wystąpienia tętniaka aorty brzusznej, miażdżycy tętnic obwodowych, udaru mózgu, demencji i choroby Alzheimera. Toksyny zawarte w dymie przyspieszają postęp miażdżycy, powodują dysfunkcję śródbłonna,

aktywują płytki, nasilają ich agregację, zwiększają ekspresję czynnika tkankowego, upośledzają fibrynolizę. Zwiększają również stres oksydacyjny i peroksydację lipoprotein. Ryzyko zgonu po zawale serca w grupie palaczy jest dwukrotnie wyższe niż u osób, które przestały palić. Podobnie jest u pacjentów po rewaskularyzacji naczyń wieńcowych. Lekarze są zgodni, że każdy pacjent powinien o tym wiedzieć i dążyć do zerwania z nałogiem, bo to decyduje o jego życiu. Uważają, że programy leczenia, w których stosuje się kilka rodzajów interwencji, są skuteczniejsze od programów stosujących tylko jeden sposób. Wskazują na konieczne wsparcie psychologiczne i farmakologiczne. ◎

Profilaktyka onkologiczna w stomatologii musi się obudzić!

Z prof. Tomaszem Konopką z Katedry i Zakładu Periodontologii AM we Wrocławiu rozmawia
Lucyna Krysiak

Jak palenie papierosów wpływa na stan jamy ustnej?

Dowodzono, że 80% zachorowań na raka jamy ustnej dotyczy palaczy papierosów, a prawdopodobieństwo wystąpienia u nich nowotworu głowy i szyi wzrasta 5-7-krotnie. Nikotynizm jest czynnikiem kancerogennym, wpływającym na mutacje DNA w komórkach nabłonka błony śluzowej policzka, czynnikiem sprzyjającym powstawa-

niu najczęstszej zmiany przednowotworowej w jamie ustnej, jaką jest leukoplakia. Kwestią czasu jest, by powstał z niej rak płaskonabłonkowy. Nikotynizm wywołuje zapalenia przyzębia, zwiększa w ich przebiegu utratę kości wyrostka zębodołowego, pogłębia kieszonki przyzębne, ubytki dziąsła wokół zębów i sprzyja tworzeniu się otwartych przestrzeni międzykorzeniowych tzw. furkacji. Palenie jest czynnikiem ryzyka problemów

z osteointegracją wszczepów zębowych oraz wczesnej utraty zębów.

Czy leczenie osób, które palą papierosy jest trudniejsze?

U palących wyniki są wyraźnie gorsze. Dotyczy to implantowania i innych metod leczenia chorób przyzębia, chirurgii regeneracyjnej oraz zabiegów śluzówkowo-dziąsłowych, które m. in. służą estetycznemu pokrywaniu recesji przyzębia. Dane epide-



Wspólne stanowisko* dotyczące rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego (fragmenty)

Uzupełnienie „Konsensusu dotyczącego rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu”

miologiczne wskazują, że w naszym kraju ok. 60-70% pacjentów z rakiem błony śluzowej jamy ustnej, niestety, umiera. W USA śmiertelność sięga 30%. Wiąże się to m. in. z bardziej skuteczną prewencją palenia tytoniu, a w tej dziedzinie jest u nas wiele do zrobienia.

Uważa się, że od nikotyny żółkną zęby, czy tylko?

Nie. Są dowody, że palenie ma związek z utratą zębów. Wykazano postępującą zależność pomiędzy liczbą wypalanych papierosów a ich utratą. Nikotynizm powoduje również przebarwienia zębów i nasila rozwój próchnicy, przez co naraża palacza na konieczność leczenia endodontycznego. Sprzyja też przykremu

zapachowi z ust, czyli tzw. halitozie.

Jaka jest rola stomatologa w profilaktyce onkologicznej?

Stomatolog jest lekarzem pierwszego kontaktu i może wpływać na zachowania prozdrowotne pacjentów. Zasada minimalnej interwencji antynikotynowej 5P, opracowana przez prof. Witolda Zatońskiego, powinna być realizowana także przez stomatologów, ale unika się tego tematu. Co gorsze, wielu lekarzy to palacze, nie mogą więc w autorytatywny sposób przekonywać o szkodliwości tego nałogu. Sprywatyzowanie stomatologii sprawiło, że pacjenci są leczeni w lepszych warunkach i oczekują kompleksowego podejścia, a to

oznacza, że profilaktyka onkologiczna oraz walka z nikotynizmem w gabinetach stomatologicznych musi się obudzić.

A może lekarze dentyści uważają, że są to karkołomne wysiłki?

Nikotynizm to jeden z najcięższych nałogów, polegający na grze neurotransmiterów w mózgu, porównywalny do uzależnienia od morfiny. Można jednak palacza odwieść od palenia, ale trzeba do tego profesjonalnie podejść. Samo przekonywanie nie wystarczy. Musi pójść za tym ocena siły nałogu, wprowadzenie psychoterapii, jeśli trzeba – nikotynowej terapii zastępczej oraz farmakoterapii. Celem jest uzyskanie 5-letniej remisji w paleniu, by osobę uznać za byłego palacza. ●

ólne stanowisko

Witold Zatoński, Piotr Jankowski, Waldemar Banasiak, Kalina Kawecka-Jaszcz, Jacek Musiał, Krzysztof Narkiewicz, Grzegorz Opolski, Piotr Podolec, Adam Torbicki, Marian Zembala

Wlicznych badaniach dowiedziono, że palenie tytoniu jest jednym z najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego i główną przyczyną zgonów w populacji europejskiej (...). Palenie tytoniu znacznie zwiększa ryzyko rozwoju choroby

wieńcowej i nagłej śmierci sercowej. Szacuje się, że ryzyko zawału serca u osoby palącej tyton jest co najmniej 2-krotnie większe niż u osoby niepalącej tej samej płci i wieku. Palacze są także obarczeni znacznie większym ryzykiem wystąpienia tętniaka aorty brzusznej i miażdżycy tętnic obwodowych. Palenie tytoniu jest jednym

z głównych modyfikowalnych przyczyn udaru mózgu. Wyniki ostatnich badań dokumentują też, że palenie jest ważnym czynnikiem rozwoju demencji (również naczyń) i choroby Alzheimera. Toksyny zawarte w dymie tytoniowym kilkakrotnie przyspieszają postęp miażdżycy. W wielu badaniach wykazano, że palenie tytoniu wpływa nieko- >>



rzystnie na inne czynniki ryzyka (...).

Leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) ma szczególne znaczenie u pacjentów z ChUSN, np. u osób z chorobą niedokrwienną serca oraz u chorych z innymi czynnikami ryzyka ChUSN, np. z nadciśnieniem tętniczym lub dyslipidemią. W odróżnieniu od nadciśnienia tętniczego i dyslipidemii, postępowania w ZUT nie należy uzależniać od ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego (...). Nieleczenie pacjenta, u którego rozpoznano ZUT, w sytuacji kiedy dostępne są skuteczne i bezpieczne metody terapii, w tym farmakologiczne, a pacjent wyraża zgodę

na ich zastosowanie, powinno być traktowane jako błąd w sztuce (...).

Diagnostyka

Rozpoznanie ZUT i charakterystyka towarzyszących mu uwarunkowań powinny obejmować kilka elementów. Zgodnie z propozycją WHO wyróżnia się 4 najważniejsze postawy wobec palenia: codzienny palacz [osoba paląca co najmniej 1 papierosa (fajkę itp.) dziennie od co najmniej 6 miesięcy], palacz okazjonalny [osoba paląca mniej niż 1 papierosa (fajkę itp.) dziennie lub krócej niż 6 miesięcy], były codzienny palacz [osoba, która paliła tytoń codziennie w przeszłości (wg ww. definicji

Palenie tytoniu powinno być zwalczane zawsze!

Z Klaudiuszem Komorem –
specjalistą chorób wewnętrznych
i kardiologiem – rozmawia
Marzena Bojarczuk

Czy to właśnie do lekarzy kardiologów najczęściej trafiają pacjenci uzależnieni od palenia papierosów?

Tak, najczęściej takie osoby są pacjentami kardiologów i pulmonologów, bo to choroby układu krążenia i oddechowego są najczęstszymi następstwami palenia i najczęstszą przyczyną zgonów.

Czy częściej są to osoby młode, czy w starszym wieku?

Nie ma tu wyraźnej zależności ani od wieku, ani płci. W ostatnich latach

wśród moich pacjentów zauważyłem jednak dobrą tendencję – coraz mniej osób palących jest wśród ludzi młodych. Palenie po prostu przestaje być modne, a młodzi ludzie częściej ulegają nie tyle samemu nałogowi, co modzie i tzw. zjawiskom środowiskowym – palą, bo pali ich otoczenie, koledzy ze szkoły, uczelni, pracy.

Zamieniają papierosy na inne „mody”?

Coraz częściej – i to mnie bardzo cieszy – zamieniają je na zdrowy styl życia: aktywność fizyczną



i dietę śródziemnomorską, szczególnie osoby młode z wyższym wykształceniem, częściej teraz niż kiedyś, starają się stosować do zasad zdrowego stylu życia.

Jakie rozwiązania – finansowe, organizacyjne – dla systemu ochrony zdrowia przyniosłyby największe korzyści?

Leczenie ciężkich i przewlekłych chorób odtytoniowych jest bardzo kosztowne. Na pewno za-

inwestowanie większych środków w długofalową profilaktykę i leczenie we wczesnych stadiach uzależnienia byłoby dla systemu opłacalne. Bardzo dobrym pomysłem jest też współfinansowanie leczenia osób uzależnionych od palenia przez producentów papierosów. Niestety, w Polsce wciąż system ochrony zdrowia jest „systemem krótkiej koldry”, w którym finansuje się niezbędne leczenie, a maksymalnie oszczędza na profilaktyce. Brakuje też powszechnego programu motywującego lekarzy rodzinnych i lekarzy POZ do leczenia pacjentów uzależnionych od palenia.

W jakim stopniu i na jakim etapie palenie jest problemem interdyscyplinarnym? Palenie tytoniu, w przeciwieństwie do innych

Im interwencja jest intensywniejsza, tym większa szansa na trwałe zaprzestanie palenia.

codziennego palenia), ale obecnie tytoniu nie pali], osoba nigdy niepaląca [do tej kategorii należą zarówno osoby, które nigdy nie paliły tytoniu, jak i osoby, które wypaliły w swoim życiu mniej niż 100 papierosów lub paliły w przeszłości okazjonalnie (zob. wyżej definicję okazjonalnego palenia)]. Informacja o paleniu tytoniu wraz ze wskazaniem do której kategorii należy pacjent, powinna

się znaleźć w jego dokumentacji lekarskiej (...).

Ocena siły uzależnienia od tytoniu

Oceny siły uzależnienia od tytoniu dokonuje się na podstawie testu Fagerströma (prosty kwestionariusz składający się z 6 pytań). Ma on dużą wartość różnicującą palaczy, u których fizyczne uzależnienie ma mniejsze znaczenie, wymagających głównie

czynników ryzyka, np. nadciśnienia czy hipercholesterolemii, powinno być zwalczane zawsze i nieważne, czy dotyczy osoby jeszcze zdrowej, czy już chorej. I tu widzę dużą rolę i lekarzy POZ, i specjalistów. Często pacjenci bardziej słuchają specjalistów, dokładniej stosują się do ich zaleceń. Dlatego każdy lekarz specjalista, nie tylko kardiolog i pulmonolog, powinien na każdej wizycie zainteresować się tym, czy pacjent pali.

W niektórych specjalnościach stworzono standardy leczenia chorych uzależnionych od palenia. Czy tak powinno być w każdej specjalności?

Dzięki zaangażowaniu wielu wybitnych specjalistów powstały standardy dla kardiologów, bra-

kuje ich jednak w innych dziedzinach. Istnieje jedno wspólne stanowisko w tej sprawie stworzone przez interdyscyplinarny zespół, ale nie spotkałem się z podobnymi wytycznymi w innych specjalizacjach. To dobry pierwszy krok do dalszych działań.

Czy lekarze też palą?

Nie ma na ten temat dokładnych danych, m.in. dlatego, że część lekarzy się do tego nie przyznaje. Tymczasem niezwykle istotnym elementem leczenia jest tzw. dobry przykład. Udowodniono, że lekarze, którzy palą, rzadko rozmawiają o tym problemie ze swoimi pacjentami albo robią to z dużo mniejszym przekonaniem. A trudno uwierzyć w szkodliwość palenia pacjentowi, kiedy mówi mu o tym palą-

wsparcia behawioralnego oraz uzależnionych przede wszystkim biologicznie, którzy do skutecznego zaprzestania palenia tytoniu potrzebują również intensywnej farmakoterapii (...).

Leczenie niefarmakologiczne

Każdy pacjent powinien być poinformowany o konieczności rzucenia nałogu. Należy podkreślać medyczne zagrożenia związane z paleniem, jak również medyczne i osobiste korzyści związane z zerwaniem z uzależnieniem. Rozmowę taką należy przeprowadzać w czasie każdej wizyty palacza w gabinecie lekarskim. Należy informować pacjentów o znacznie większej skuteczności prób rzucania palenia, jeśli są one wspomagane terapią behawioralną lub farmakologiczną. Wykazywano również skuteczność programów polegających na okresowym kontakcie telefonicznym, udzielaniu praktycznych wskazówek dotyczących zachowania się w okresie zrywania z nałogiem, zapewnianiu wsparcia społecznego w tym okresie. Zasadniczo, im interwencja jest intensywniejsza, tym większa szansa na trwałe zaprzestanie palenia. Uważa się również, że programy leczenia, w których stosuje się kilka rodzajów interwencji są skuteczniejsze od programów stosujących tylko jeden sposób interwencji.

Ważnym elementem leczenia pacjenta uzależnionego od tytoniu jest wsparcie behawioralne (...).



W leczeniu ZUT niezwykle istotna jest motywacja, którą należy odpowiednio wzmacniać (...). W pierwszych dniach abstynencji motywację pacjenta należy kierować raczej na walkę z objawami zespołu abstynencyjnego, nie zaś na przekonywanie, że palenie tytoniu jest szkodliwe. Po zakończeniu leczenia należy pogratulować osiągniętego sukcesu, zachęcić do

dalszego niepalenia oraz wspomnieć o możliwych problemach związanych z okresem abstynencji, m.in. o zwiększeniu masy ciała, radząc, jak temu zapobiec (np. zalecając regularną aktywność fizyczną) (...).

Farmakoterapia

Dostępne dane sugerują dużą efektywność leczenia indywidualnej terapii behawioralnej z farmakoterapią u pacjentów z ChUSN (...).

– nikotynowa terapia zastępcza (NTZ) – jest to najbardziej rozpowszechniona, najlepiej znana i najdokładniej zbadana metoda farmakoterapii ZUT. Ogólnym wskazaniem do jej zastosowania jest zespół fizycznego uzależnienia od tytoniu. Obecnie są dostępne następujące postaci NTZ: gumy, plastry, pastylki do ssania, tabletki podjęzykowe i inhalator. Preparaty te są dostępne w Polsce bez recepty (...)

• **bupropion** – jest inhibitorem zwrotnego wychwytu nora-

Po zakończeniu leczenia należy pogratulować osiągniętego sukcesu i zachęcać do dalszego niepalenia.

drenaliny i dopaminy oraz słabym inhibitorem wychwytu zwrotnego serotoniny. Zmniejsza nasilenie najtrudniejszego do pokonania objawu uzależnienia – nieodpartej potrzeby zapalenia papierosa, redukuje przyrost masy ciała w trakcie rzucania palenia i zmniejsza nasilenie innych objawów zespołu abstynencyjnego (...).

• **wareniklina** – (...) jest częściowym kompetencyjnym agonistą acetylocholinergicznym receptorów nikotynowych, przy czym największe powinowactwo wykazuje do ich podtypu $\alpha 4 \beta 2$. Będąc agonistą, działa jak nikotyna, a więc pobudza neurony dopaminergiczne; działanie to jest jednak słabsze niż nikotyny

Jak im zabronimy, bę

Z dr n. med. Bożeną
Pietrzykowską – lekarzem
psychiatrą – rozmawia
Lucyna Krysiak

Ustawowy zakaz palenia papierosów najtrudniej wprowadzić w szpitalach psychiatrycznych. Dlaczego?

Ponieważ dotyczy grup chorych, którzy nie rozumieją żadnych nakazów i zakazów. Ci, którzy przygotowywali projekt ustawy antynikotynowej, powinni o tym wiedzieć. Do szpitali psychiatrycznych trafiają pacjenci z różnego rodzaju zespołami otępiennymi, w ciężkich stanach, z zaostrzeniem psychoz, którzy żyją w swoim psychotycznym świecie. Jak od nich oczekiwać, że będą przestrzegać narzuconych im norm, których nawet zdrowym ludziom trudno przestrze-

gać? Ich świat rządzi się innymi prawami niż nasz. Palą niewyobrażalne ilości papierosów, są wyjątkowo silnie uzależnieni, będą więc palić – tyle, że po kątach, pod kołdrą, pod kocem, stwarzając zagrożenie dla siebie i innych pacjentów. Zresztą, były już przypadki podpaleń, poparzeń, dlatego personel usilnie pilnuje, aby wychodzili palić do miejsc specjalnie wydzielonych.

Wielu dyrektorów szpitali psychiatrycznych nie zlikwidowało palarni dla chorych, co oznacza, że łamią prawo. Jak Pani zdaniem powinni się zachować? Myślę, że wybierają mniejsze zło. Nikt nie chce mieć

– uwalnianie dopaminy jest wolniejsze i mniej intensywne. Uwalnianie dopaminy łagodzi objawy zespołu odstawienia nikotyny (głodu nikotynowego) i zmniejsza chęć palenia. Z kolei wardeniklina ma większe powinowactwo do receptorów nikotynowych $\alpha 4 \beta 2$ w porównaniu z nikotyną, a to powoduje, że zmniejsza ich dostępność dla nikotyny (receptor nikotynowy jest zablokowany i nie może ulec pobudzeniu przez nikotynę). Skutkuje to

słabszą ich odpowiedzią na nikotynę, co zmniejsza przyjemne wrażenia po wypaleniu papierosa oraz satysfakcję z palenia (...).

• **cytyzyna** – jest alkaloidem chinolizydynowym i jest zawarta w roślinnym wyciągu otrzymywanym ze złotokapu zwyczajnego (*Laburnum anagyroides*). Cytyzyna była „modelem”, na którym oparto prace, które doprowadziły do syntezy wardenikliny, dlatego też obie substancje mają podobny mechanizm

działania (...). Choć istnieją niewiele współczesnych badań naukowych dotyczących jego skuteczności, to jednak dostępne historyczne dane wskazują, że cytyzyna zwiększa szansę na zaprzestanie palenia o ok. 60-80% (...). ☉

PUBLIKACJA ZA ZGODĄ „KARDIOLOGII POLSKIEJ”.

PEŁEN TEKST DOKUMENTU ZOSTAŁ OPUBLIKOWANY W: KARDIOLOGIA POLSKA 2011; 69, 1: 96-100,

JEST TAKŻE

DOSTĘPNY NA STRONIE: WWW.GAZETALEKARSKA.PL

da palić pod kołdrą



na karku prokuratora w sytuacji, kiedy dojdzie do dramatu za sprawą palenia papierosów. Jeśli będą palić gdzie się da, pożary i poparzenia, a nawet spalania się, będą się nasilały. Pacjent psychiatryczny, któremu zabrania się palenia jest rozdrażniony, pobudzony, może reagować agresją. Trudno więc przewidzieć konsekwencje.

Ministerstwo Zdrowia jest jednak głuche na te argumenty, mimo że poparł je konsul-

tant krajowy w dziedzinie psychiatrii i Rzecznik Praw Pacjenta. Co będzie, jeśli resort nie złądzi swojej postawy?

Resort już nie raz pokazał, że mało wie o leczeniu psychiatrycznym i wprowadza przepisy, które nie przystają do rzeczywistości. W tym wypadku wprowadzono zapisy ustawy, które w leczeniu psychiatrycznym nie będą realizowane. Przecież od początku było oczywiste, że w szpitalach psychiatrycznych, prawo to nie będzie przestrzegane i dojdzie do jego łamania. Na razie dyrektorzy placówek psychiatrycznych tłumaczą, że chroni ich brak aktów wykonawczych do ustawy antynikotynowej i nie muszą bezwzględnie zakazywać palenia w podległych im placówkach. Ale to nie rozwiązuje problemu.

Jak zatem go rozwiązać?

Jedyne rozwiązanie widzę w jak najszybszej nowelizacji zapisu ustawy antynikotynowej, dotyczącego powszechnego zakazu palenia w szpitalach, szczególnie psychiatrycznych, ale z tego co wiem, resort zdrowia idzie w zaparte, mimo że po stronie pacjentów szpitali psychiatrycznych stało wielu posłów, którzy złożyli interpelacje w tej sprawie w MZ. W ich opinii zakaz palenia na terenie szpitali psychiatrycznych jest rozwiązaniem przeciwnie skutecznym i trudnym do wyegzekwowania. Podkreślają, że wśród chorych psychicznie odsetek palących jest zdecydowanie większy niż w całej populacji. Wyjątek dla szpitali psychiatrycznych wprowadził nawet ustawodawca w Hiszpanii, gdzie obowiązuje jedna z najbardziej rygorystycznych ustaw antynikotynowych. ☉

» U nas nie ma nudy «

Z Jerzym Owsiakiem – Prezesem
Zarządu Fundacji WOŚP
rozmawiają Ryszard Golański
i Marzena Bojarczuk

Co było inspiracją do powstania takiego fenomenu, jakim jest Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy?

Przypadek. Ponad 20 lat temu obejrzałem fragment programu telewizyjnego, w którym lekarze z Centrum Zdrowia Dziecka: Bohdan Maruszewski i Piotr Burczyński mówili, że w Centrum zepsuło się „płucoserce” i o fundacji, która miała zbierać pieniądze, aby ten sprzęt odbudować. Nic z tego nie rozumiałem, ale ujął mnie ich entuzjazm i młodość. Nie było szantażu: jak nie dacie pieniędzy, to wszystko padnie. Później powiedziałem o tym w swojej audycji radiowej, a ludzie zaczęli przysyłać pieniądze do mnie, do redakcji. W pewnym momencie miałem tam szufladę pełną kopert z pieniędzmi!

I coś trzeba było z tym zrobić...

Pewnego dnia z B. Maruszewskim i P. Burczyńskim spotkaliśmy się w barku radiowej „Trójki”, znaleźliśmy wspólny język i tak się zaczęło. Odbył się pierwszy koncert, w Ciechocinku zagrała „Zdrowa Woda” i okazało się, że wiele innych zespołów też chce grać, a zbierane przy tej okazji pieniądze są coraz większe. Wtedy też zaczął się w TVP mój program „Róbta co chceta” – chciałem w nim mówić o Wielkiej Orkiestrze, ale ci, którzy o tym decydowali pytali: „Co to jest?”, przekonywali: „To się nie uda, nie można mieszać kabaretu z nieszczęściem”. W końcu się zgodzili. Potem był pierwszy finał w Jarocinie i pierwszy sponsor – tak zebraliśmy pieniądze na operację pierwszego dziecka. Wtedy Walter Chelstowski, mój partner od programów telewizyjnych zaproponował, żebyśmy zrobili ogólnopolską, całonocną akcję. Poszliśmy z tym do telewizji – niezwykle nam życzliwej i nie tak upolitycznionej jak teraz, a wtedy się okazało, że tzw. wolne moce są, ale zimą... Nie daliśmy się zniechęcić i mamy finały WOŚP w styczniu.



FOT.: RYSZARD GOLAŃSKI

Po pierwszym finale chcieliśmy się z tych pieniędzy rozliczyć, więc zrobiliśmy kolejny, potem następne, zawsze był ściśle określony cel zbiórki. Teraz nawet ci początkowo sceptyczni mówią: „Moje dziecko było w szpitalu. Na każdym kroku widziałem sprzęt z serduszkami. To mam sens. Gdyby facet kręcił, to byśmy o tym czytali w gazetach!”.

Były obawy, że może się nie udać?

W ogóle o tym nie myśleliśmy! Ani wtedy, ani nigdy potem. Myśleliśmy, ile pieniędzy uda się zebrać – pierwszym celem było pół miliona ówczesnych złotych. Zebrałiśmy równowartość 1 300 000 dolarów – sumę niewiarygodną, za którą mogliśmy kupić już nie tylko „płucoserce”, ale cenny sprzęt dla wszystkich ośrodków kardiokirurgii dziecięcej w Polsce, było ich wtedy 7 albo 8. Pierwsze zakupy robiło CZD, bo nie było jeszcze fundacji, konta, a pieniędzmi dysponowało Centrum. Przed nami 20 finał, a w czasach pierwszego nie było e-maili, komórek, SMS-ów, ludzie wysyłali faksy, pisali: „Znowu wierzę w ten naród!”. To było 3 lata po przełomowym 1989 r., nie było w społeczeństwie wiary w pracę społeczną, wolontariat, nikt nikomu nie ufał. Nam udało się to przełamać.

A skąd wzięła się nazwa Fundacji?

Z piosenki – hymnu stworzonego dla Orkiestry przez Wojtkę Waglewskiego. „Łobi, jabi” to radosna pieśń, którą Wojtek nam podarował. Kiedy rejestrowaliśmy ten utwór w ZAiKS-ie, pani przyjmująca wniosek spytała o tytuł. Kiedy powiedziałem: „Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy”, usłyszałem: „Ale nazwa...”.

Jaka jest przyczyna sukcesu WOŚP w kraju, w którym ludzie nie są zbyt chętni do pomagania innym?

Właśnie temu twierdzeniu zadajemy kłam – mówimy, że ludzie pomagają, ale muszą widzieć jasność celu, a my dokładnie to określamy. Zaczęliśmy mówić językiem zrozumiałym dla wszystkich, nie używając określeń medycznych. 20 lat temu przekonywaliśmy ludzi do wiary w rzeczy zupełnie im nieznanne, np. wolontariat, którzy kojarzyli się bardzo źle. Motorem tego działania byli i są ludzie młodzi – znają mnie i mi wierzą, a ja nie udaję, nie chcę być kimś innym niż jestem.

Daliśmy tym dzieciakom odpowiedź – coś, czego nie mieli na co dzień. Pokazaliśmy, że im ufamy i traktujemy je poważnie. Poza tym robimy to wszystko w sposób bardzo nietypowy: nie ma gadających głów, nudy. I jeszcze ważny element: rozliczenie – tego pilnujemy obsesyjnie. Jesteśmy wiarygodni i z nami są ludzie. Nie ma ludzi tam, gdzie jest ściema. Członkowie zarządu Fundacji WOŚP nie mają tu żadnych dochodów, ja zarabiam zupełnie gdzie indziej, mam swoją firmę. Fundacji nie da się jednak prowadzić, nie ponosząc żadnych kosztów.

Czy dofinansowując polskie placówki ochrony zdrowia, nie ma Pan wrażenia, że Fundacja wyręcza w tym zakresie budżet państwa?

Tak. Oczywiście, mogę tego nie robić. Gdyby kilkanaście lat temu nie powstała WOŚP, to zacofanie w tym zakresie byłoby z roku na rok większe. Nie licząc pieniędzy z tegorocznego finału, wydaliśmy do tej pory 110 milionów dolarów na sprzęt o wartości przynajmniej 160 mln dolarów. Statystycznie kupujemy każdego dnia 4 urządzenia – od pulsoksymetru po tomograf komputerowy. Teraz są kolejne problemy, np. z 800 zakupionych inkubatorów trzeba wymienić 500. Wiem, że w zbyt dużym stopniu wyręczamy MZ, ale cóż – jest jak jest. Nie ma dziś w Polsce ani jednego dziecięcego szpitala, w którym nie pracuje sprzęt kupiony przez WOŚP. Prowadzimy lub uczestniczymy w ogólnopolskich badaniach populacyjnych słuchu i wzroku u dzieci, w programie leczenia bezdechu.

Denerwuje Pana krytyka? Jak Pan reaguje np. na zarzuty o „społeczne żebractwo”?

Komuś może nie odpowiadać mój wygląd i osobowość, trzeba jednak oddzielić moją osobę od tego, co robi Fundacja. W całej naszej historii, nawet jeśli pisano o nas głupio, to nigdy nie było zarzutów o nieprawidłowości, defraudację pieniędzy. Wszystkie nieprzychylnie opinie można określić jednym zdaniem: „Jak ja cię nie lubię! Dlaczego udało się właśnie tobie, a nie komuś kogo lubię?”. Zwykle się z tego śmieję, ale czasem szczegółowo odpowiadam na zarzuty.

Dobrze układa się Wasza współpraca z kolejnymi rządami?

Przetrwaliśmy kilka skrajnych układów politycznych i nikt nigdy oficjalnie przeciwko nam nie wystąpił – żaden premier, prezydent ani minister zdrowia, choć zdarzały się pełne idiotyzmów wypowiedzi polityków.

Proponował Panu ktoś stanowisko Ministra Zdrowia?

Co drugi dzień! Kompletnie mnie to nie interesuje. To najgorsze miejsce i bardzo trudna praca, bo jest się bitym ze wszystkich stron. Łatwo powiedzieć, że minister jest zły, ale jeszcze się taki nie urodził, który by wszystkim pasował.

A który, Pana zdaniem, był najlepszy?

Doskonale nam się współpracowało z ministrem Żochowskim – był bardzo rzeczowy, wiele pomysłów razem zrealizowaliśmy. Ministrowie przychodzą, odchodzą, a my... robimy swoje. Obecna minister ma dobre chęci, ale ma też doradców z pogranicza fantazji – żaden z nich się nie sprawdził w działaniu z WOŚP. Zrobiono wiele złego, np. zdezorganizowano program leczenia dzieci osobistymi pompami insuliny. A przypomnę, że najmłodsze dziecko, któremu daliśmy pompę było 2-tygodniowym noworodkiem. Kolejna sprawa to program wczesnej diagnostyki onkologicznej u dzieci – wciąż są jakieś problemy, wciąż eksperci nie mogą się dogadać. Jednym z elementów, które także przeszkadzają Fundacji są sami lekarze. Jeśli kiedykolwiek WOŚP przestanie istnieć, to tylko przez lekarzy. Różnica między lekarzami sprzed 19 lat – tymi wykształconymi w PRL a obecnymi jest ogromna. Tamci byli tak oddani sprawie, że to głównie im Fundacja zawdzięcza swój sukces. Teraz często lekarze mówią: „OK, ale co ja z tego będę miał?”. Coś złego stało się z etyką tego zawodu.

Ilu Owsiaaków potrzeba, by w polskiej ochronie zdrowia dobrze się działo?

Owsiak na ochronie zdrowia zupełnie się nie zna i gdyby miał to robić, natychmiast byłby tu konflikt. Polskiej ochronie zdrowia potrzeba specjalistów, ludzi z praktyczną znajomością zagadnień zarządzania. Mamy tu do czynienia z ogromnymi pieniędzmi. To nie jest miejsce dla Owsiaków, tu trzeba zawodowców. ☉



Z notatnika rzecznika prasowego

Katarzyna Strzałkowska rzecznik prasowy NIL (22) 559 13 27, 660 763 725

O „refundacyjnej” – negatywnie

25 marca br. Sejm RP uchwalił ustawę o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. NRL dwukrotnie zajmowała stanowiska w sprawie projektu tej ustawy: 8 października ub. roku i 4 lutego br. Wobec wątpliwości co do zgodności jej zapisów z konstytucją Prezes NRL wystosował list do Prezydenta RP, przekazując szereg uwag i prosząc o ich uwzględnienie przy dokonywaniu analizy i przed podpisaniem ustawy. Szczegóły treści listu omówiono na str. 4 GL.

„O zawodach” w Senacie

14 kwietnia br. na plenarnym posiedzeniu Senat RP przyjął ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W ustawie uchwalonej 25 marca br. przez Sejm RP zlikwidowano staż podyplomowy, rozszerzono definicję wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry o działania polegające na kierowaniu podmiotem leczniczym, z czym nie zgadzał się samorząd lekarski. Natomiast, zgodnie ze stanowiskiem NRL, utrzymano egzamin państwowy jako podstawowe kryterium kwalifikacji do specjalizacji i wprowadzono postulowaną od lat przez samorząd reformę kształcenia specjalizacyjnego poprzez wprowadzenie modułowego trybu zdobywania specjalizacji.

NRL – ubezpieczenia dodatkowe

1 kwietnia br. NRL negatywnie zaopiniowała projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym. NRL uznała

m.in., że opisywane w projekcie prywatne ubezpieczenia zdrowotne istnieją już obecnie i nie wymagają żadnych dodatkowych regulacji. W stanowisku zaznaczono, że proponowane rozwiązanie jest ubezpieczeniem od ryzyka związanego z niewydolnością obecnego systemu i rodzi poważne obawy o możliwość naruszenia konstytucyjnej zasady równości dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Prawo farmaceutyczne – apel

NRL wystosowała apel do Ministra Zdrowia oraz Parlamentu RP o podjęcie inicjatywy legislacyjnej w zakresie niezbędnych zmian w ustawie Prawo farmaceutyczne, dotyczących wprowadzania do obrotu produktów leczniczych homeopatycznych. „Nazwa produkt leczniczy wprowadza pacjenta w błąd. Jeśli produkty homeopatyczne mają charakter leczniczy, powinny przejść procedurę jak inne produkty tego typu. Jeśli taka procedura nie jest zasadna, bądź nie jest możliwa do przeprowadzenia, produkt leczniczy homeopatyczny nie powinien być objęty zapisami Prawa farmaceutycznego” – czytamy w apelu.

Zaświadczenia o przemoc

Trwa korespondencja pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Prezesem NFZ wywołana w styczniu pismem Prezesa NRL w sprawie zasad wydawania zaświadczeń lekarskich o przyczynach i rodzaju uszkodzeń cia-

ła związanych z użyciem przemocy w rodzinie. Pisma wskazują, że ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie stanowi wyłączenie o konieczności wydania osobie dotkniętej przemocą w rodzinie bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego, natomiast nie wskazuje ani płatnika, ani trybu pokrywania kosztów. Korespondencja ma służyć ustaleniu tych kwestii.

Tytuły wręczone



Na kwietniowym posiedzeniu NRL wręczono tytuły Sportowiec Roku 2010 Katarzynie Klimali z Częstochowy i Marcinowi Wrońskiemu z Krakowa. Wyróżnienie otrzymał Janusz Malarski z Łodzi.

Rejestry nagrodzone

14 pierwszych miejsc otrzymało tytuł najlepszego rejestru prowadzonego w 2010 r. przez izby okręgowe. Tytuł przypadł izbom w: Gdańsku, Gorzowie Wielkopolskim, Katowicach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Płocku, Poznaniu, Rzeszowie, Toruniu, Warszawie, Wrocławiu, Koszalinie, Częstochowie, Tarnowie. W ostatnich latach, mimo wzrastających wymagań, coraz więcej rejestrów jest prowadzonych wzorowo. W roku 2006 pierwsze miejsce przyznano tylko jednej izbie, w 2007 r. – trzem, w 2008 – czterem, w 2009 – dziewięciu.

k.strzalkowska@hipokrates.org
Więcej informacji w Newsletterze NIL. Uprzejmie informuję, że możliwość otrzymywania Newslettera NIL drogą elektroniczną następuje po zarejestrowaniu się na stronie internetowej www.nil.org.pl

Doskonalenie zawodowe

Nowa wersja zasad stosowanych przez Europejską Unię Lekarzy Specjalistów (UEMS).

Przyjęcie dokumentów dotyczących doskonalenia zawodowego lekarzy było chyba najważniejszym punktem wiosennego posiedzenia Rady UEMS. Z innych spraw ważne dla wszystkich europejskich lekarzy jest podpisanie wstępnej umowy kupna siedziby UEMS, która w zamiarze będzie Domus Medica Europaea. Część organizacji lekarskich już wyraziła chęć przeniesienia swoich biur do wspólnej siedziby i prawdopodobnie, za jakiś czas przynajmniej, znaczna ich większość bę-



dzie pracować pod jednym dachem, co na pewno poprawi wymianę informacji i sprawność, a także obniży koszty. Rada UEMS doskonale zdaje sobie sprawę z potrzeby współpracy z przemysłem w organizacji kształcenia, ale także ze związanych z tym nieprawidłowości, które w szcze-

gólnie jaskrawy sposób są nagłaśniane w Stanach Zjednoczonych. Jako organizacja prowadząca akredytację europejską UEMS-EACCME zwraca uwagę na niezależność i bezstronność, aby nie było wątpliwości, że akredytowane kształcenie służy wyłącznie dobru pacjentów i lekarzy. Trzy dokumenty określające zasady wspierania kształcenia przez przemysł, unikania stronniczości i akredytacji zdarzeń edukacyjnych są odzwierciedleniem tej troski. W najnowszej wersji wytycznych podkreślono, że sponsorzy nie mogą mieć wpływu na program szkoleń, że sesje sponsorowane i tzw. sateli-

tarne nie mogą otrzymywać punktów edukacyjnych, że aktywność promocyjna nie może być łączona z sesjami kształceniowymi. W materiałach szkoleniowych można wymienić wspierające program organizacje, ale nie mogą one zawierać materiałów promocyjnych. Deklaracja konfliktu interesów wykładowców musi znajdować się w materiałach edukacyjnych i na początku prezentacji. Dokumenty te wkrótce pojawią się na stronach www.uems.net i powinny być wskazówką dla wszystkich organizatorów kształcenia oraz prowadzących akredytację, nie tylko dla ubiegających się o akredytację UEMS-EACCME.

Romuald Krajewski
wiceprezes UEMS

Polityka wplotła się w akcję

Z Milanem Kubkiem, prezesem Czeskiej Izby Lekarskiej, rozmawia Katarzyna Strzałkowska

Podjęliście walkę o wzrost wynagrodzeń dla waszych lekarzy.

Ile zarabiał czeski lekarz specjalista przed porozumieniem z rządem i ile będzie zarabiał po jego podpisaniu?

Średnia pensja lekarza specjalisty pracującego w szpitalu w Czechach wynosiła za 270 godzin miesięcznie 45 000 koron, to jest 7 000 zł, lekarza bez specjalizacji o jedną trzecią mniej. Chcieliśmy podwyższyć wynagrodzenie podstawowe dla wszystkich 20 000 lekarzy zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia i w pogotowiu ratunkowym. Udało się wywalczyć 8 000 koron, to jest 1 200 zł więcej dla lekarza specjalisty i 5 000 koron czyli 800 zł dla lekarza bez specjalizacji. Procentowo to wzrost o 21-36% od 1 marca tego roku. Dodatkowa podwyżka o 10% ma nastąpić od stycznia 2012 roku, kolejna od stycznia 2013. Naszym celem jest, aby średnia płaca zatrudnionego lekarza była 1,5-3 razy wyższa od średniego wynagrodzenia krajowego, które wynosi obecnie około 25 000 koron czyli 4 000 zł. Czeski lekarz ma – według nas za dwa lata – zarabiać 11 000-16 000 zł.

Mówi Pan o 20 000 lekarzy zatrudnionych. Ilu lekarzy jest na kontraktach?

Na kontraktach jest 60% lekarzy. Zawalczyliśmy o te 40% zatrudnionych, bo lekarze na kontraktach, przedsiębiorcy zarabiają więcej, a płacą mniejsze składki na przykład na ubezpieczenie zdrowotne niż zatrudnieni. Oprócz zwiększenia kwoty wynagrodzeń postulowaliśmy też o ujed-

nolicenie prawideł wynagradzania i wprowadzenie ścisłych tabel w naszych szpitalach, nowy system kształcenia specjalizacyjnego i zwiększenie składek na ubezpieczenie.

Przez ostatnie piętnaście lat przyjmowaliśmy różne formy protestu: demonstracje, petycje, listy, strajk.

Pierwszy moment, kiedy zdecydowaliście się podjąć walkę?

Przez ostatnie 15 lat przyjmowaliśmy różne formy protestu: demonstracje, petycje, listy, strajk – wymyślane co jakiś czas. Żadna nie przyniosła pożądanego efektu, więc zadecydowaliśmy o proteście w innym stylu niż dotychczas – masowym złożeniu wypowiedzeń z pracy. Akcję „Dziękujemy, odchodzimy” rozpoczęliśmy w maju zeszłego roku z zapowiedzią, że jeśli nie zostaną spełnione nasze warunki – w czerwcu będą złożone wypowiedzenia. Termin wybraliśmy celowo – w maju odbywały się wybory parlamentarne. Chcieliśmy, aby polityka wplotła się w akcję.

Jakie wybraliście narzędzia, strategię medialną?

Wynajęliśmy firmę PR. Mieliśmy oficjalny plakat, logo, symbol, stronę internetową i wpis na Facebooku. Kupiliśmy starą karetkę pogotowia,

przemieniliśmy w połowie na karawan, namalowaliśmy hasła. Karetka w pięć miesięcy objęła 100 szpitali, lekarze mierzyli w niej ciśnienie i tłumaczyli, że akcja nie jest skierowana przeciw pacjentom. Przed karetką stał „doktor Exodus” z zegarkiem, który liczył, ile minut zostało do odejścia lekarzy z pracy. Naszym postanowieniem było: być widocznym, systematycznie dostarczać informację. Do tego potrzebne były tzw. twarze akcji czyli normalni, zwykli lekarze, nie funkcyjni. Jeden z lekarzy – dr Engel – zrezygnował z pracy i stał się twarzą kampanii. Na potrzeby akcji pracę wypowiedziało 3 830 lekarzy czyli 22%.

Kto był rzeczywistym organizatorem?

Musieliśmy się trzymać przepisów zawartych w ustawach, więc całość akcji była prowadzona przez Związek Lekarzy Czeskich – Lekarski Klub Zawodowy. Finansował to w całości Związek, byliśmy bardzo ostrożni, aby ze składek samorządowych nie poszła ani korona. Związek Lekarzy wydał ok. 10 000 000 koron czyli 1 600 000 zł, ale za to do związku zgłasza się teraz więcej lekarzy. Oczywiście wsparcie merytoryczne czeskiej izby było warunkiem *sine qua non*. Organizacja przedsięwzięcia musiała być silna, wspólnie zachęcali-

Sukces społeczny osiągnęliśmy tylko do momentu wypowiedzeń.



Dr Milan Kubek, ur. w 1968 r., angiolog; prezes Czeskiej Izby Lekarskiej (CLK). W 1999-2006 przewodniczył Związkowi Lekarzy Czeskich – Lekarskiemu Klubowi Zawodowemu (LOK). Wybrany prezesem izby lekarskiej w styczniu 2006 r. i w 2010 r. Od 2009 r. wiceprezydent Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME). Wiceprezes Europejskiej Federacji Lekarzy Pracowników (FEMS) w latach 2004-2009. Po ukończeniu medycyny w 1992 r. pracował w szpitalu w Pradze; obecnie prowadzi prywatny ośrodek zdrowia. Żonaty, ma trzy córki.

śmy lekarzy do podjęcia akcji. Efekty udziału izby odczułem na własnej skórze. Wcześniej przez parę lat byłem przewodniczącym związku, pięć lat temu zostałem wybrany prezesem czeskiej izby, ostatniej jesieni – wybrany ponownie. Przeciwnicy akcji starali się odwołać mnie ze stanowiska samorządowego. Starano się to zrobić podczas zjazdu, który po raz pierwszy w historii był w całości transmitowany w naszej telewizji.

Czyli były i wzloty, i upadki?

Tak. Na początku to był medialny fenomen, wszyscy o tym rozmawia-

li, wydawało się, że pacjenci są po naszej stronie. Rząd bagatelizował problem. Ministerstwo zdrowia uważało, że im więcej nas odejdzie, tym więcej zostanie pieniędzy dla pozostałych. Na nasz argument braku specjalistów – internistów, chirurgów, ginekologów – pojawił się argument, że jest nadmiar szpitali i należy je zamykać oraz że akcja ma dobre strony, bo odejdą najgorsi. Pod koniec ubiegłego roku większość obywateli uważała, że mamy rację, ale sukces społeczny osiągnęliśmy tylko do momentu wypowiedzenia – czuło się rozczarowanie. Od stycznia toczyła się kampania przeciwko nam – prowadził ją sam prezydent Klaus pod hasłem „Z wymuszaczami nie będziemy rozmawiać”. Petycje przeciwko nam podpisało prawie 33 000 obywateli, zaatakowano neonatologów, że opuszczają małych pacjentów, prasa bulwarowa huczała.

Jak się udało ostatecznie porozumieć z rządem?

Rokowania z przedstawicielami władzy nie były podawane do publicznej wiadomości. Mieliśmy moralne wsparcie zagranicą, w tym polskiej Naczelnej Izby Lekarskiej, ważne było wsparcie słowackiej izby i tamtejszych lekarzy, że nie przyjdą na nasze miejsca. Bardzo istotna stała się podpora czeskiego senatu. W trakcie transmisji z posiedzenia jeden z senatorów wyjaśniał i potwierdzał w nieskończoność, że nasza akcja nie czyni dewastacji służby zdrowia, tylko jest skierowana na dobro pacjenta. Pierwsze spotkanie z ministerstwem odbyło się 20 stycznia, potem rokowania z premierem, 14 lutego doszliśmy do porozumienia. Powstała umowa z rządem, 16 lutego umowa była konsultowana z okręgowymi związkami, ratyfikowana – 28 lutego.

Zwycięzcami akcji, w mojej ocenie, są lekarze i ich pacjenci oraz minister zdrowia.

Kto powinien czuć się zwycięzcą?

Zwycięzcami akcji, w mojej ocenie, są lekarze i ich pacjenci oraz minister zdrowia.

A przegranym?

Ci, którym pracodawcy odmówili powrotu. Czyli około 200 lekarzy. Porozumienie z rządem nie zakładało, że wszyscy muszą wrócić do pracy. Dr Engel, twarz kampanii, jest teraz pracownikiem Związku.

Od czego będzie zależała dalsza realizacja zapisów porozumienia?

To będzie zależało od woli politycznej. Dla mnie jedyna pewność, to silna czeska izba i gotowość do własnych działań, gdyby protest znowu był potrzebny. ●

Nagroda im. Aliny Margolis-Edelman

Fundacja Dzieci Niczyje
i Fundacja „Zeszytów
Literackich” ustanowiły nagrodę
dla zasłużonych w działalności
na rzecz pomocy dzieciom
krzywdzonym.



W 1991 r. dr Alina Margolis-Edelman, wybitna lekarka i działaczka społeczna, nazywana pediatrą świata, powołała do życia Fundację Dzieci Niczyje, tworząc pierwszą w tej części Europy organizację pozarządową wielodyscyplinarnie pomagają-

cą dzieciom krzywdzonym. Była także prezesem Association Cahiers Littéraires, pierwszego wydawcy kwartalnika „Zeszyty Literackie”.

Nagroda im. Aliny Margolis-Edelman wręczana będzie raz do roku osobom zasłużonym w działalności na rzecz pomocy dzieciom krzywdzonym. Laureata Nagrody wyłoni Kapituła, otrzyma on statuetkę oraz dyplom honorowy, a jego sylwetka zaprezentowana będzie na łamach „Zeszytów Literackich” i kwartalnika „Dziecko Krzywdzone”. Wręczenie Nagrody odbywać się będzie na konferencji poświęconej proble-

matyce krzywdzenia małych dzieci, w tym roku 17 czerwca w Warszawie.

Kandydatów do Nagrody należy zgłaszać do 15 maja br. na adres e-mail: nagroda@fdn.pl. Zgłoszenia mogą nadsyłać osoby prywatne, organizacje pozarządowe, instytucje samorządowe i państwowe.

Zgłoszenie musi zawierać: wypełniony wniosek z informacjami na temat działalności kandydata na rzecz pomocy dzieciom krzywdzonym i jego osiągnięć, CV kandydata i jego pisemne oświadczenie – zgodę na zgłoszenie do Nagrody. Więcej informacji na stronie www.fdn.pl



R E K L A M A

Błędy i ich ofiary

KATARZYNA STRZAŁKOWSKA, MARZENA BOJARCZUK

Program „Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz” opiera się na działaniach centralnych oraz regionalnych konferencjach i warsztatach.

W marcu i kwietniu br., w ramach programu, odbyła się w Warszawie konferencja dla menedżerów ochrony zdrowia oraz sympozjum dla praktykujących lekarzy. Wśród wykładowców znaleźli się znani i cenieni eksperci z kraju i zagranicy.

Rejestry błędów

Do prowadzenia rejestrów błędów nie tylko w jednostkach ochrony zdrowia, ale również w specjalnie utworzonych przez wiele podmiotów narodowych serwisach internetowych zachęcali menedżerów ochrony zdrowia prelegenci konferencji „Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz – bezpieczny szpital”.

Tworzenie takich serwisów można rozpocząć od rejestracji i analizy tzw. nieomal błędów. W Szwajcarii takimi błędami nazywa się sytuacje, które przez przypadek lub dzięki na czas podjętemu działaniu

Błędy i niepożądane zdarzenia należą do najtrudniejszych sytuacji w pracy lekarza.

zapobiegawczemu zakończyły się pomyślnie, czyli bez szkody dla pacjenta. Jak zaznaczał prof. Richard Kranowsky, „nieomal błędy”, analizowane jako pozornie małe, sumowały się w rejestrze jako dużo poważniejsze.

W Polsce, w zdecydowanej większości przypadków, za ofiarę błędu medycznego uważa się pacjenta.

W USA Narodowe Forum Jakości w Lecznictwie utworzyło listę zdarzeń, które „nigdy nie powinny się wydarzyć”. Wśród nich znajdują się np.: operacja po niewłaściwej części ciała, zgon lub poważne uszkodzenie spowodowane zanieczyszczeniem leku lub substancji biologicznej, niewłaściwy lek podany w złej dawce.

Bezpieczeństwo pacjenta w UE

Utworzenie skutecznych mechanizmów raportowania błędów medycznych oraz opracowanie i wspieranie mechanizmów kompensacji dla pacjentów poszkodowanych w wyniku zdarzeń niepożądanych to zapisy rekomendacji Rady Europejskiej w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Dokument został wydany w 2008 r., kiedy bezpieczeństwo pacjenta zostało uznane za ważny element strategii UE na lata 2008-2013. Trzy lata wcześniej utworzono Grupę Roboczą UE

ds. Bezpieczeństwa Pacjenta i Jakości Opieki z przedstawicielami wszystkich 27 krajów. Jak podkreśliła Barbara Kutryba z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i przewodnicząca Grupy, rekomendacja to dokument, który już spowodował utworzenie w niektórych krajach specjalnych zespołów przy ministerstwach zdrowia.

Lekarz drugą ofiarą

W Polsce, w zdecydowanej większości przypadków, za ofiarę błędu medycznego uważa się pacjenta, zapominając jednocześnie, że w równej mierze problem dotyczy także lekarza. Sytuacje, w których trzeba zmierzyć się z konsekwencjami błędów i niepożądanych zdarzeń należą do najtrudniejszych w pracy lekarza. To jedna z przyczyn agresji oraz braku kultury i bezpieczeństwa w relacjach lekarza z pacjentem lub jego bliskimi. Aspekt ten zaznaczał prof. Romuald Krajewski z Centrum Onkologii w Warszawie, wiceprezes NRL. Prof. Albert Wu z Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health w Baltimore i prof. Douglas Wojcieszak – założyciel The Sorry Works! Coalition opowiedzieli o doświadczeniach amerykańskich w dziedzinie ujawniania błędów medycznych, przytaczając przykłady z praktyki. Podkreślali rolę wsparcia psychologicznego dla lekarzy, będących drugimi ofiarami błędów – wsparcia nie tylko ze strony specjalistów, ale także kolegów lekarzy i współpracowników. ☉

PROGRAM „BEZPIECZNY PACJENT – BEZPIECZNY LEKARZ” TO PRZEDSIĘWZIĘCIE, W KTÓRYM UDZIAŁ BIERZE RÓWNIEŻ NACZELNA RADA LEKARSKA. WIĘCEJ INFORMACJI NA STRONACH INTERNETOWYCH: WWW.NIL.ORG.PL WWW.BEZPIECZNY.MP.PL



Akceptacja Czy konfrontacja?

Praktyki lekarsko-dentystyczne podlegają wielu kontrolom różnych instytucji, m.in. w zakresie wymagań sanitarno-epidemiologicznych.

HALINA PORĘBSKA, ANNA ŚPIALEK

W życiu większości lekarzy prowadzących praktykę następuje moment, gdy po żywiołowym buncie przeciwko obcej ingerencji w stworzoną przez niego firmę przychodzi zrozumienie, że firma, jak dziecko – zrodzona w niemłym trudzie i wykarmiona na własnej piersi, podlega następnie ocenie otoczenia, ma zadania i obowiązki wobec środowiska, w którym istnieje i wkrótce zaczyna żyć własnym życiem, przynosząc twórcom tyleż samo satysfakcji, co kłopotów i kosztów. Pomału godzimy się z tą

Kontrola inspektora sanitarnego to konieczność.

sytuacją i przyzwyczajamy do współistnienia z instytucjami, które mają prawo kontrolować naszą praktykę.

Nie musimy tego lubić, ale praktycznie jest zaakceptować konieczność kontroli i zamiast uważać instytucje kontrolujące za wroga, próbować zmienić inspektorów w sojuszników. Omówmy to na przykładzie szacownej i groźnej instytucji, jaką jest Państwowa Inspekcja Sanitarna. Akceptacja jest możliwa, pod warunkiem:

- uznania nieuchronności kontroli i znajomości przepisów regulujących jej przebieg,

- rzetelnej wiedzy na temat zagrożeń, jakie może powodować praca lekarza dentysty,
- znajomości zasad zapobiegania zakażeniom,
- dbałości o bezpieczeństwo własne i zatrudnionego personelu,
- poczucia odpowiedzialności za pacjentów, co jest warunkiem dobrej opinii o praktyce.

Co trzeba wiedzieć?

Państwowa Inspekcja Sanitarna działa na podstawie przepisów ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z 14 marca 1985 r. (Dz. U. nr 12, poz. 49) tekst jednolity z 4 maja 2006 r. (Dz. U. nr 122, poz. 851). Państwowa Inspekcja Sanitarna jest powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru w celu ochrony zdrowia ludzkiego, m.in. przez zapobieganie powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Taki zapis wyklucza wszelką dyskusję na temat celowości kontroli inspektora sanitarnego. Umożliwienie ustawowe jest jasne. Trudno negocjować konieczność ochrony życia ludzkiego, a zatem kontrola inspektora sanitarnego to konieczność.

Inspektor też lekarz ...

Zgodnie z zapisem ustawowym, inspektorem sanitarnym może być osoba, która jest lekarzem i uzyskała przewi-

dzaną przepisami specjalizację lub posiada tytuł zawodowy magistra i uzyskała dodatkowe kwalifikacje mające zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Jak widać, osoba kontrolująca posiada wiedzę wyniesioną z uczelni, dodatkowo przynosi ze sobą doświadczenie wielu kontroli, a także – co w naszych rozważaniach ważniejsze – wielu zachowań kontrolowanych lekarzy. Z rozmów prowadzonych z inspektorami wynika, że przebieg kontroli zależy w dużej mierze od wiedzy lekarza, a w rezultacie od tego, czy potrafi on uzasadnić swój sposób postępowania racjonalnymi argumentami, wynikającymi z wiedzy medycznej. Wystraszony, niepewny swoich racji lekarz jest łatwym łupem dla kontrolującego. Jest też często agresywny, stając się przyczyną konfliktu. Racjonalne zachowanie lekarza, pewnego swojej wiedzy, sprowadza kontrolę do zagadnień merytorycznych.

Dokumenty argumentem

Komisja Stomatologiczna NRL zrobiła wiele, aby umożliwić spokojny i rzeczowy przebieg kontroli praktyk. W swoim stanowisku z 5 marca 2008 r. apelowała do Głównego Inspektora Sanitarnego o ujednolicenie wymagań, którymi kierują się inspektorzy podczas kontroli. Z dobrym skutkiem domagała się również, aby lekarz nie był zaskakiwany terminem kontroli również

ze względu na prawo pacjenta do intymności i zachowania tajemnicy lekarskiej. Zawiadomienie o terminie kontroli nie jest wymagane, gdy jej przeprowadzenie uzasadnione jest bezpośrednim zagrożeniem życia, zdrowia lub środowiska naturalnego. Zawiadomiony o terminie kontroli, uzbrojony w zestaw niezbędnych dokumentów (wykaz poniżej) lekarz może przystąpić do rozmowy z kontrolującym. Aby rozmowa była owocna, lekarz powinien być przekonany o poprawności posiadanych dokumentów i znać zasady zapobiegania zakażeniom oraz umieć uzasadnić stosowane w gabinecie procedury i preparaty. Jeżeli kontrolowany lekarz nie godzi się z zarzutem, może nie podpisać protokołu. Może również odwołać się od zaleceń inspektora. Dotyczy to np. używanych w praktyce środków, których nazwy handlowe mogą być inspektorowi nieznane. Ważna jest umiejętność wykazania się znajomością składu i spektrum działania preparatu. Przypominam, że w razie rozbieżności zdań w tej lub innej kwestii dobrze jest poprosić inspektora o stosowny wpis do protokołu.

Odmowa i...

Konieczność sformułowania zarzutu i jego uzasadnienia pozwoli osobie kontrolującej na rozważenie zasadności zarzutu. W przypadku odmowy podpisania protokołu przez lekarza inspektor w protokole wpisuje powód odmowy. Sprawa trafia do sanepidu, który wzywa lekarza w celu wyjaśnienia problemu.



Lekarz, spodziewając się wizytacji, powinien przygotować następujące dokumenty:

- zaświadczenie o dokonanym wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
- zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk lekarskich Okręgowej Izby Lekarskiej,
- zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON,
- decyzja w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej NIP,
- książka kontroli oraz
- potwierdzenie złożenia informacji o wytwarzanych odpadach i o sposobach gospodarowania odpadami,
- umowa z firmą transportującą niebezpieczne odpady do utylizacji,
- karty przekazania odpadów oraz karty charakterystyki niebezpiecznych substancji i preparatów chemicznych,
- paszport autoklawu i szkolenia osób obsługujących autoklaw,
- książeczka zdrowia do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- rejestr przekazywania do PSSE podejrzeń i/lub rozpoznanych chorób zakaźnych objętych ustawowym obowiązkiem zgłaszania (formularz zgłoszenia dostępny do pobrania na stronie internetowej PSSE),
- dokumentacja potwierdzająca skuteczność procesów sterylizacji (wyniki kontroli biologicznej, chemicznej, fizycznej),
- dokumentacja dotycząca podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (m.in. procedury higienicznego mycia rąk, przygotowanie narzędzi do sterylizacji, sprzątania pomieszczeń, postępowania z brudną bielizną, odpadami medycznymi, postępowanie po ekspozycji),
- protokoły kontroli wewnętrznej – to nowy dokument ustanowiony rozporządzeniem MZ z 27 maja 2010 r., nakazujący przynajmniej raz na 6 miesięcy przeprowadzić wewnętrzną analizę i weryfikację stosowanych procedur oraz ocenę poprawności i skuteczności działań podejmowanych w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia zakażeń; protokoły muszą być przechowywane przez co najmniej 10 lat.

Należy zaznaczyć, że od wszystkich decyzji sanepidu – tych dotyczących wpisów do protokołu, jak i tzw. zarządzających, np. płatniczych (opłata za kontrolę, mandat) lekarz ma prawo się odwołać. Termin i tryb odwołania zawarte są w protokole i decyzjach zarządzających sanepidu. Na każdym etapie postępowania, aż do wydania decyzji, lekarz ma prawo uzupełnić dokumenty i wyjaśnić sporne kwestie. W tej sytuacji można uniknąć decyzji zarządzającej.

W tym błyskawicznym rzucie okiem na zagadnienia kontroli praktyk nie starczyło miejsca na szersze omówienie niektórych aspektów, przypomnijmy jednak, że kontrola inspektora sanitarnego to tylko jedna z wielu, z jaką lekarz musi się liczyć. Komisja Stomatologiczna NRL opublikowała spis podmiotów uprawnionych do kontroli. To doprawdy przytłaczająca lektura... ☉

R E K L A M A

Pozwólcie lek



Uchwałą
z 4 lutego br.
Naczelna Rada
Lekarska podjęła
akcję „Pozwólcie
lekarzom leczyć!”.

MARZENA BOJARCZUK

W uzasadnieniu w/w uchwały czytamy m.in.: „Celem akcji jest uświadomienie pacjentom i całemu społeczeństwu, że wykonywanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia roli kreatora polityki zdrowotnej, administratora, twórcy standardów lub wytycznych postępowania, systemu informatycznego, płatnika oraz nie nadzorowanego kontrolera systemu ochrony zdrowia prowadzi do nadużyć oraz coraz bardziej szczegółowych i mnożonych ponad wszelką miarę wymagań biurokratycznych niezgodnych z zasadami wykonywania zawodów lekarza i lekarza denty. Efektem tej sytuacji są liczne utrudnienia i ograniczenia dla pacjentów”. Powodem podjęcia akcji przez NRL jest ponadto brak troski ze strony instytucji odpowiedzialnych

za organizację ochrony zdrowia o zapewnienie warunków do prawidłowego, zgodnego z interesem chorych wykonywania zawodów lekarza i lekarza denty. W uchwale szczegółowo wskazano nadmierne wymagania (m.in. administracyjne) związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, prowadzące do licznych utrudnień i ograniczeń zarówno dla pacjentów, jak i pracowników medycznych.

Indeks niedoręczności

Jednym z elementów akcji „Pozwólcie lekarzom leczyć!” jest utworzenie na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej (www.nil.org.pl) Krajowego Indeksu Niedoręczności w Ochronie Zdrowia (KINOZ). Indeks jest rejestrem konkretnych przykładów barier biurokratycznych i nieracjonalnych



arzom leczyć!

rozwiązań utrudniających lekarzom i lekarzom denty stom normalne wykonywanie pracy, a pacjentom dostęp do świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej. Wpisów do indeksu przybywa z dnia na dzień. Zgłoszeń mogą dokonywać lekarze i lekarze dentyści – członkowie samorządu lekarskiego, a także osoby zarządzające placówkami opieki zdrowotnej oraz pacjenci. Przykłady niedorzeczności należy kierować na adres e-mail: kinoz@hipokrates.org

Akcja i reakcja

Uruchomienie Krajowego Indeksu Niedorzeczności w Ochronie Zdrowia spotkało się z dużym zainteresowaniem środowiska lekarskiego, ale także dziennikarzy zajmujących się tematyką ochrony zdrowia oraz NFZ i Ministerstwa Zdrowia. Minister Ewa Kopacz wystosowała w tej sprawie do Macieja Hamankiewicza – Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej

list następującej treści: „W związku z otrzymaniem uchwały (...) ws. podjęcia akcji **Pozwólcie lekarzom leczyć!** wskazującej na przyczyny utrudnień i ograniczeń zarówno dla pacjentów, jak i pracowników medycznych, zwracam się z uprzejmą prośbą o przedstawienie konkretnych przykładów tych utrudnień, a w szczególności dotyczących: przyzwolenie na stosowanie przez NFZ praktyk monopolistycznych, dowolnego kształtowania przez NFZ warunków zawierania umów bez uwzględnienia realiów praktyki lekarskiej i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, niewłaściwych definicji licznych JGP celem umożliwienia Ministerstwu Zdrowia odniesienia się do przedstawianych zarzutów i ewentualnego wprowadzenia zmian”. ☉

Pełna treść uchwały NRL w sprawie akcji „Pozwólcie lekarzom leczyć!” dostępna jest na www.nil.org.pl

KOMENTARZ

Szkoda, że treść bardzo emocjonalnej uchwały NRL promującej akcję „Pozwólcie lekarzom leczyć!” ma niewiele wspólnego z rzeczywistością, utrwała stereotypy i zawiera wiele niezasadnych, moim zdaniem, oskarżeń pod adresem NFZ. To nie wygląda na akcję mającą na celu cokolwiek zmienić, poprawić, ale raczej na czarny PR. Co zaś do samego izbowego rejestru niedorzeczności w systemie ochrony zdrowia, to niektóre z nich są... absurdalne, żeby nie powiedzieć: niedorzeczne. Tak jest na przykład w przypadku kwestii podnoszonej przez balneologa E.N. Przecież nie jest tak – jak twierdzi – że „biurokrata z NFZ oczywiście nie uwzględni czegoś takiego jak przeciwwskaza-

nia co do liczby i rodzaju zabiegów...”. Ależ uwzględnia! Co więcej, „biurokrata z NFZ” uwzględni to również w rozliczeniach ze świadczeniodawcą, czemu pan E.N. też się dziwi. Inna sprawa, bulwersująca innego korespondenta rejestru – wysyłanie do lekarzy informacji o łącznej w miesiącu wartości refundacji leków wypisywanych przez nich na receptach. A ja chciałbym wiedzieć, na jaką kwotę wypisałem recepty. Podobnie jako pacjent chciałbym wiedzieć, ile kosztowała moja kuracja. W systemie jest 60 mld zł i wciąż nie wszyscy się orientujemy, na co te pieniądze „idą”, a wszyscy wciąż pytamy: gdzie one są? Mieć do NFZ pretensje z powodu tego typu informacji?! Podejrzewać

o mobbing?! Dla mnie to jest niedorzeczne. Tak czy owak, lektura rejestru jest pożyteczna. Wszystkie uwagi są do... wzięcia pod uwagę, bo przecież mogą wskazywać na jakąś dysfunkcję w systemie do zreperowania albo – chyba jednak częściej – na stan wiedzy lekarzy o systemie, czemu Fundusz też będzie się starał zaradzić.



Andrzej Troszyński – rzecznik prasowy Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia

Fot.: NORBERT TYSZKA

W Rytwianach

2 kwietnia br.
odbyło się kolejne
spotkanie grona,
które coraz częściej
jest nazywane,
* oczywiście *
nieformalnie,
kolegium
redaktorów pism
okręgowych izb
lekarskich.



FOT.: RYSZARD GOŁAŃSKI

Ryszard Gołański

Gościny udzieliła nam tym razem Świętokrzyska Izba Lekarska. Gospodarzem był dr January Lewandowski, prezes ORL w Kielcach, zaś głównym organizatorem dr Paweł Barucha, skarbnik ORL, przy czynnym udziale dr. Marka Jodłowskiego, poprzedniego prezesa tutejszej izby, obecnie zastępcy sekretarza NRL. Reprezentowane były redakcje czternastu pism izbowych, z Bielska-Białej, Częstochowy, Gdańska, Kielc, Lubli-

na, Łodzi, Olsztyna, Opola, Płocka, Poznania, Szczecina, Zielonej Góry, pismo Wojskowej Izby Lekarskiej oraz „Gazeta Lekarska”. Nie wszyscy chętni mogli tego dnia przybyć, odbywały się bowiem okręgowe zjazdy lekarzy. Miejscem spotkania były Rytwiany, miejscowość o długiej i bogatej historii, położona opodal Staszowa. Nasze obrady odbywały się w hotelu urządzonym w odnowionym pałacu Artura Radziwiłła. Wcześniej, przez kilkadziesiąt lat po drugiej wojnie światowej, w odebranych rodzinie kompleksie budynków mieścił się szpital przeciwgruźliczy.

Spotkanie w swej części merytorycznej było na tyle interesujące, zaś dyskusja tak żywa, że zabrakło czasu na to, aby wszyscy jego uczestnicy w pełni się wypowiedzieli. Naturalną rzeczą kolejną dyskusja przeniosła się w kuluary. Głównymi mówcami były cztery osoby. Dr Maciej Zarębski, redaktor naczelny „Eskulapa”, pisma Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej, który przedstawił historię pisma oraz zmiany, jakie dokonały się w nim w ciągu dwudziestu lat istnienia. Mecenas

Agata Jarosińska przedstawiła ciekawy wykład o prawie prasowym i prawach autorskich. Redaktor Dorota Romanowska, szefowa działu nauki w „Newsweeku”, mówiła o zasadach tworzenia pisma opiniotwórczego oraz o kuchni redagowania pisma. Podkreślała znaczenie wartości merytorycznej publikowanych materiałów, bez względu na charakter pisma. Dr Jarosław Wanecki, przewodniczący Kolegium Redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”, przedstawił zmiany, jakie nastąpiły w „Gazecie” od października ubiegłego roku. Przybliżył także, w imieniu kolegium i redakcji „GL”, propozycje na przyszłość, tę najbliższą oraz tę bardziej odległą. Oba te tematy spowodowały ożywioną dyskusję. Nie starczyło czasu, aby na forum rozmawiać o zasadach współpracy między pismami okręgowymi a „Gazetą Lekarską”. Temat ten był omawiany w rozmowach indywidualnych i z pewnością będzie przedmiotem dyskusji na kolejnym naszym spotkaniu, które wstępnie zaplanowano na któryś z jesiennych miesięcy. W pamięci uczestników spotkania pozostanie wizyta w Pustelni Złotego Lasu, w klasztorze kamedulskim. ☉



Jednym z głównych mówców był dr Maciej Zarębski, redaktor naczelny „Eskulapa”, pisma Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej.

11 marca br. Jubileusz XX-lecia istnienia obchodziła Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej.

20 lat Beskidzkiej Izby Lekarskiej

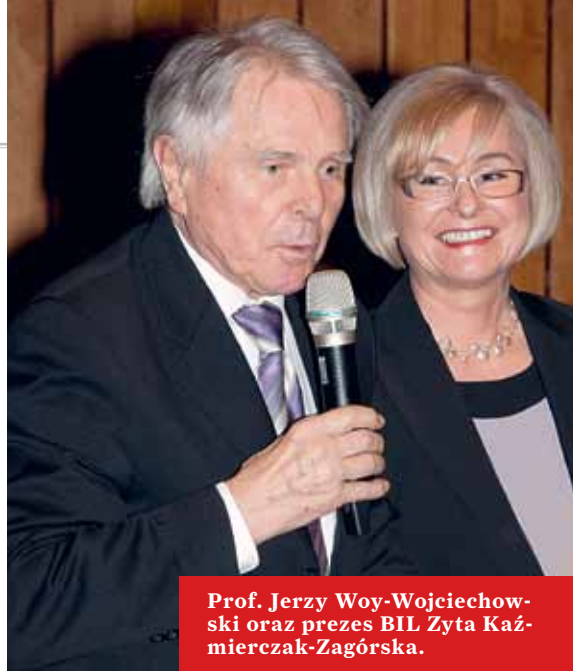
Piotr Zagórski

Uroczystości odbyły się z rocznym opóźnieniem, ponieważ zaplanowane na 10 kwietnia 2010 r. zostały przerwane przez tragedię smoleńską. Jubileusz odbył się w gościnnych wnętrzach sali koncertowej Szkoły Muzycznej w Bielsku-Białej.

W krótką podróż, opisującą historię powstania Okręgowej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej, zabrała przybyłych gości prezes Zyta Kaźmierczak-Zagórska. Opowiedziała o determinacji lekarzy z Podbeskidzia, szczególnie dr. n. med. Olgierda Kossowskiego, wieloletniego przewodniczącego oddziału bielskiego PTL, którzy na I Krajowym Zjeździe

Lekarzy w 1989 r. walczyli o możliwość założenia własnej izby, a także o tym jak zagrożony był byt izby, najpierw gdy likwidowano województwo bielskie, a następnie gdy w 2008 r. zamierzano zrównać obszar działania izb do granic administracyjnych województw. Dr Zyta Kaźmierczak-Zagórska podziękowała swoim poprzednikom, dr n. med. Krystynie Szyrockiej-Kowalczyk oraz dr. Ryszardowi Batyckiemu, a także wręczyła złote znaczki BIL i medale XX-lecia Odrodzonego Samorządu Lekarskiego zasłużonym działaczom

Uroczystość wręczenia złotych znaczków BIL.



Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski oraz prezes BIL Zyta Kaźmierczak-Zagórska.

beskidzkiej izby. Prezes BIL przedstawiła aktualny dorobek oraz aktywność izby, o czym świadczą działające: Ośrodek Kształcenia Medycznego, agencja ubezpieczeniowa oraz Kluby Lekarza, Seniora i Młodego Lekarza.

Wśród gości Jubileuszu XX-lecia BIL obecni byli członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej z jej prezesem Maciejem Hamankiewiczem, który w swoim wystąpieniu wysoko ocenił działalność BIL. W podobnym tonie wypowiadali się parlamentarzyści, którzy obok życzeń i gratulacji, zgodnie deklarowali swoje poparcie dla BIL, a także zapewniali, że w razie potrzeby będą bronić jej bytu. Prezydent Bielska-Białej Jacek Krywult w swoim wystąpieniu zadeklarował wsparcie dla działań samorządu lekarskiego prosząc, by współpraca dawała wymierny efekt zarówno dla pacjentów, jak i dla poprawy funkcjonowania ochrony zdrowia na terenie miasta.

Święto Beskidzkiej Izby Lekarskiej uświetnił swoim wykładem pt. „Medycyna i muzyka, czyli sztuka i cierpienie” prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. W dalszej części uroczystości goście wysłuchali recitalu fortepianowego utalentowanego bielskiego anestezjologa, dr. Rafała Krausa, który zagrał wybrane utwory Chopina. Jubileusz zakończył koncert orkiestry symfonicznej Państwowej Szkoły Muzycznej w Bielsku-Białej pod dyktando Andrzeja Kucybały oraz młodych solistów: Chanelle Bednarczyk (skrzypce) i Krzysztofa Karcz (organy). ●

Doc Factor

Indywidualiści, czasem zadufani w sobie egocentrycy,
* potrafią bronić swoich wspólnych interesów. *

JOANNA SOKOŁOWSKA

Tato, dlaczego zostałeś prawnikiem? – mój syn postanowił przeanalizować motywacje swoich rodziców.

– Zawsze chciałem wsadzać ludzi do więzienia! – mąż nawet się nie zająknął i chyba dzięki temu uniknął drażenia tematu.

– A ty, mamo, dlaczego zostałam lekarzem? – latorośl systematycznie realizowała swój cel.

– Zawsze lubiłam się bawić w doktora... – politowanie w oczach mojego piętnastolatka dobitnie świadczyło, że tylko mnie odpowiedź wydała się dowcipna. Nawet pies, który przede wszystkim jest jamnikiem, z zainteresowaniem wystawił czubek nosa spod swojego koca w oczekiwaniu na dalszy rozwój dyskusji.

– To przez taki wirus... – jako zodiakalna Panna rozpaczliwie poszukiwałam racjonalnego wytłumaczenia dla mojego trwania w zawodzie.

Lekko trawestując słowa Konstantego Ildefonsa wyrecytowałam jednym tchem: taki wirus, który powoduje „psychiczną hipermetamorfozę prowadzącą do hipercenestezji, co w konsekwencji daje angiopatyczną neurastenię”. Uznanie w oczach dziecka dotyczyło jedynie figury lingwistycznej i zaowocowało natychmiastową prośbą o rozwinięcie tematu.

Czynnik chorobotwórczy, nazwijmy go roboczo „Doc Factor”, nie do końca jest poznany. Ponieważ niekiedy choroba występuje rodzinie, możliwe, że dochodzi do zakażenia prenatalnego. Nie jestem przykładem zachorowania „z ogniska”, a nawet pamiętam, że medyczni znajomi moich humanistycznych rodzi-

ców stosowali wobec mnie pewnego rodzaju profilaktykę poprzez słowną perswazję. Jak widać, nieskuteczną. Również unikanie kontaktów z zakażonymi nie gwarantuje zdrowia.

Choroba zazwyczaj rozpoczyna się około 15 roku życia, dotyka obu płci i występuje na całym świecie. Objawy są początkowo skąpe i podstępne, trwają kilka lat i doprowadzają zakażonego w miejsce, w którym przeprowadzane jest badanie przesiewowe. Osoby zakwalifikowane jako seropoztywne poddawane są minimum sześciomiesięcznej kwarantannie w ośrodkach zwanych uni-

*Mają poczucie
powołania, postrzegają
swój zawód jako sposób
na życie.*

wersytetami medycznymi. Po tym czasie, jeśli nie nastąpi samoistne wyleczenie, chory zaczyna prezentować charakterystyczne zaburzenia osobowości.

Na pierwszy plan wysuwa się zespół objawów psychosomatycznych „lubię to, co robię”. Chorzy kompulsywnie, w wielu przypadkach przez całą dobę, wykonują czynności przez innych uznawane za obsceniczne. Oglądają, dotykają, analizują to, czego inni ani dotykać, ani oglądać nie chcą. Dyskutują o tym godzinami, również w sytuacjach, w których inni rozmawiają o pogodzie. Spotykają się po pracy, aby porozmawiać o pracy. Czy można

sobie wyobrazić dwóch mechaników samochodowych z wypiekami na twarzy omawiających naprawę wałka rozrządu. Absurdalne? A jednak...

Osoby zakażone zaczynają się posługiwać specyficznym językiem, podobno niezrozumiałym dla zdrowych. Słowa zyskują nowe znaczenie. I tak na przykład „przyjęcie”, przez zdrowych rozumiane jako miła forma spędzania czasu w gronie przyjaciół, w języku dotkniętych wirusem staje się procedurą transformacji bliźniego w pacjenta, a „migdałki” wcale nie są bakaliarniami. W wielu przypadkach można zaobserwować charakterystyczną persewerację słowną „następny, proszę!”.

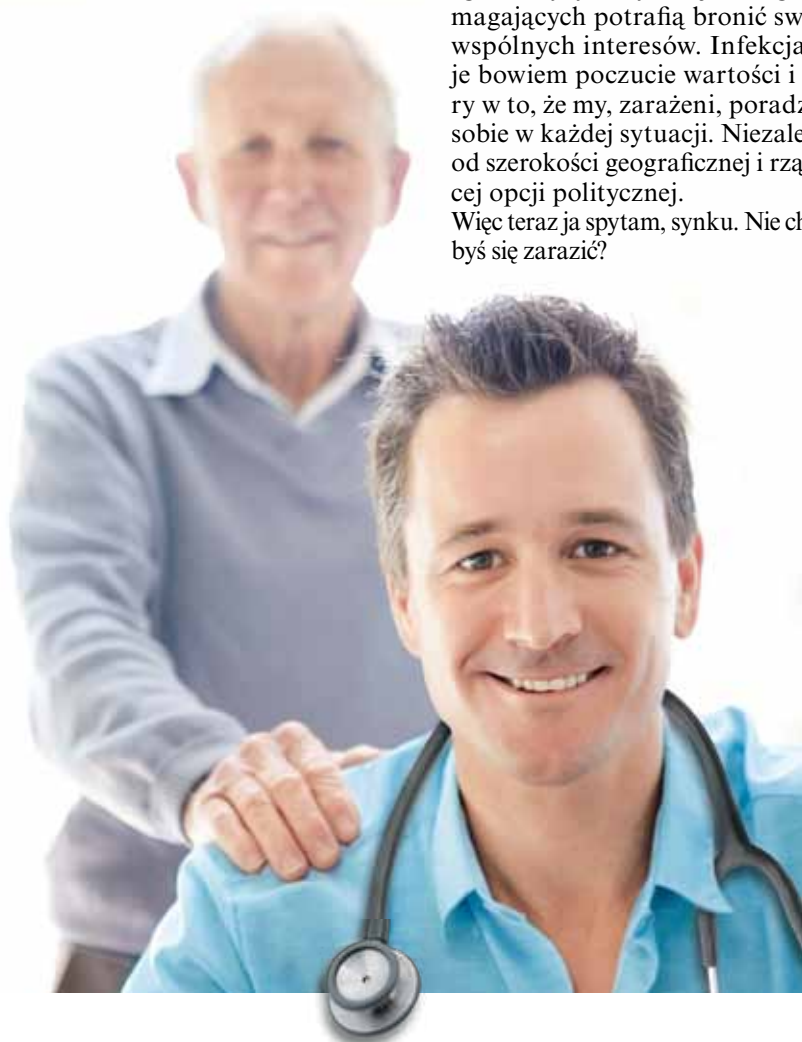
W fazie przewlekłej choroby zakażeni odprawiają specyficzne rytuały, podobnie się ubierają i posługują przedmiotami o symbolicznym znaczeniu. Mają poczucie powołania, za-

czynają postrzegać swój zawód jako sposób na życie. W większości wydają się być szczęśliwi, choć dokucza im przewlekłe zmęczenie.

Obrzędowość i pewna tajemnica, jaką tworzą wokół siebie, czyni ich wdzięcznym tematem dzieł sztuki i anegdot. Każdy maturzysta wymieni jednym tchem przynajmniej czterech, którzy dzięki tej specyficznej infekcji zyskali nieśmiertelność i trafili do szkolnych podręczników, a anonimowy Lekarz, do którego dzień po dniu przychodzi Baba, zasługuje na pomnik za wieloletnie i już chyba wielopokoleniowe bawienie ludu polskiego.

Wirus, medycyna zna inne takie przypadki, ma też pewne działanie ochronne. Dotknięci jego działaniem mają poczucie wspólnoty, jakiego zazdroszczą im inne grupy zawodowe. Na co dzień indywidualiści, czasem zadufani w sobie egocentrycy, w sytuacjach tego wymagających potrafią bronić swoich wspólnych interesów. Infekcja daje bowiem poczucie wartości i wiary w to, że my, zarażeni, poradzimy sobie w każdej sytuacji. Niezależnie od szerokości geograficznej i rządzącej opcji politycznej.

Węc teraz ja spytam, synku. Nie chciałbyś się zarazić? ☉



Dotacje na kształcenie organizowane przez OIL

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów NIL przyjmuje
* wnioski o dotacje doskonalenia zawodowego *
organizowanego przez
okręgowe izby lekarskie.

KINGA WOJTASZCZYK

Zasady i tryb składania wniosków reguluje Uchwała Nr 15/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z 19 września 2008 r. w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej.

W celu otrzymania dotacji należy do Ośrodka złożyć wniosek, którego wzór stanowi załącznik do Uchwały Nr 15/08/V NRL. Wniosek może dotyczyć tylko jednego zdarzenia edukacyj-

nego. Dotacja może stanowić 50% kosztów poniesionych przez organizatora, do których zaliczają się m.in. koszty związane w wynagrodzeniem wykładowców, koszty wy-

najęcia sali oraz koszty obejmujące promocję szkolenia i niezbędne materiały szkoleniowe. Do wniosku należy dołączyć uchwałę Prezydium ORL upoważniającą Przewodniczącą Rady do złożenia wniosku, jak również zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy



Autorka jest pracownikiem ODZ Lekarzy i Lekarzy Dentystów NIL

umarli są niewidzialni, ale nie nieobecni...

Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy naszego Kolegę
Śp. dr. Macieja Pasiekę

wieloletniego działacza samorządu lekarskiego, członka Naczelnego Sądu Lekarskiego VI kadencji, wspaniałego i serdecznego Człowieka.

Rodzinie i Bliskim Zmarłego
wyrazy głębokiego współczucia składa
Przewodniczący i Zespół Naczelnego Sądu Lekarskiego



i lekarzy dentystów, potwierdzające uzyskanie akredytacji Naczelnej Rady Lekarskiej.

Wnioski powinny dotyczyć zdarzeń edukacyjnych, które odbędą się w okresie 12 miesięcy od przyznania dotacji, tzn. jeżeli wniosek został złożony w terminie od początku grudnia do końca maja, powinien dotyczyć zdarzeń odbywających się od początku lipca do końca czerwca następnego roku, a w przypadku wniosków złożonych od początku czerwca do końca listopada zdarzeń planowanych na następny rok.

Wskazane jest rozliczenie przyznanej dotacji w terminie 4 tygodni od przeprowadzenia szkolenia. Wzór formularza rozliczeniowego dotacji stanowi Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr 15/08/V NRL. Wraz z formu-

larzem rozliczeniowym do ODZ należy przesłać dokumenty potwierdzające koszty poniesione przez organizatora (kopie faktur, umów z wykładowcami itp.). Przekazanie dotacji okręgowej izbie lekarskiej następuje na podstawie uchwały PNRL w sprawie rozliczenia przyznanej dotacji. Po podjęciu stosowanej uchwały przez PNRL wnioskodawca przesyła do ODZ notę księgową obciążającą Naczelną Izbę Lekarską na kwotę określoną w uchwale.

Ostateczny termin składania wniosków w pierwszej połowie 2011 r. upływa 31 maja. Szczegółowe informacje na temat przyznawanych dotacji można uzyskać w siedzibie ODZ w Warszawie przy ul. Konduktorskiej 4 lub pod nr tel.: (22) 559 02 69, 559 02 86 albo pisząc na adres e-mail: odz@hipokrates.org. Informacje wraz z instrukcją wypełniania wniosków znajdują się również na stronie internetowej ODZ: www.odz.nil.org.pl 

Mateuszowi Gajdzie wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci MAMY

składają koleżanki i koledzy
z Redakcji „Gazety Lekarskiej”
i działu Reklamy Custom Publishing
Ringier Axel Springer Polska



Chroń od przyjaciół

Codziennością każdego lekarza jest tajemnica lekarska. Do jej zachowania zobowiązuje nas zarówno Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL, rozdział Tajemnica Lekarska, art. 23-29), jak i Ustawa o Zawodzie Lekarza (UoZL, art. 40). W większości szpitali pacjent przyjmowany do szpitala już na samym początku pobytu podpisuje różne dokumenty, w tym podaje osoby, które upoważnia do uzyskania informacji na temat jego stanu zdrowia.

Zdecydowana większość lekarzy przestrzega tej zasady w swojej codziennej pracy, często posuwając się nawet do działań rodzących konflikty z bliskimi naszych pacjentów, którzy nie potrafią i często nie chcą rozumieć, że nie zostali upoważnieni przez chorego do uzyskania informacji na temat jego stanu zdrowia.

Sytuacja ulega jednak diametralnej zmianie, gdy dowiadującym się o stan pacjenta jest lekarz, a zwłaszcza, gdy pacjent też jest lekarzem. W takim

przypadku informacja o stanie zdrowia pacjenta (w tym pacjenta-lekarza) jest zwykle z dużą swobodą przekazywana osobom całkowicie postronnym. Zapominamy, że dzwoniący lekarz dzwoni nie jako inny lekarz uczestniczący w procesie leczenia (a nawet w takim przypadku powinniśmy się upewnić, czy taka była wola pacjenta), ale jako nieupoważniony do uzyskania takiej informacji znajomy, krewny czy nawet znajomy-krewnych-znajomego. Nie mamy zwykle oporów ani przed ujawnianiem, ani przed uzyskiwaniem takich informacji.

Pamiętać należy również, że oba cytowane akty prawne (KEL w art. 12, a UoZL w art. 36) zobowiązują lekarzy do poszanowania godności i intymności pacjenta, a informacje o chorobie powinniśmy uznać za bardzo intymne.

Osobną kwestią jest przekazywanie tak uzyskanej informacji kolejnym lekarzom czy innym osobom. Teoretycznie zarówno KEL, jak i UoZL zobowiązują lekarza do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi, natomiast w opisywanym przypadku weszliśmy w ich posiadanie... No właśnie, w jaki sposób? Śmiem twierdzić,

że nielegalnie – nastąpiło w takim przypadku pogwałcenie prawa. Wydaje mi się więc, że przekazywanie dalej informacji, w posiadanie których weszliśmy w sposób nielegalny (ale również na skutek np. plotek) jest całkowicie nieetyczne.

Analizowana sytuacja, moim zdaniem, stanowi również rażące naruszenie art. 52 pkt. 1 KEL (Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek).

Ale pora wyjaśnić przyczynę napisania przeze mnie tego listu.

Otóż niedawno u mojej żony stwierdzono poważną chorobę. Na marginesie należy wspomnieć, że oboje jesteśmy lekarzami, pracujemy w dużym szpitalu wojewódzkim, na różnych oddziałach. Po kilku dniach żona musiała poddać się poważnemu (i dość długotrwałemu) zabiegowi operacyjnemu w szpitalu innym niż ten, w którym jesteśmy zatrudnieni. Już przed zabiegiem żona była zasypywana telefonami od ludzi wręcz narzucających swoją pomoc. Ludzi, którzy mimo posiadania dyplomu lekarskiego i doświadczenia w tym zawodzie nie potrafili zrozumieć, że w takiej sytuacji zarówno chorej, jak i jej najbliższym potrzebny jest spokój i wycofanie. Oczywiście cały szpital był

już poinformowany o chorobie mojej żony – od dyrektora do salowej.

Apogeuem nastąpiło po zabiegu. Żona obiecała mi, że poprosi kogoś, by dał mi znać, kiedy operacja się zakończy (wolałem rzucić się w wir pracy niż czuwać zestresowany pod blokiem operacyjnym).

Po fakcie okazało się, że zdenerwowana zabiegiem zapomniała zostawić mój numer telefonu. W końcu, po sześciu godzinach od rozpoczęcia operacji, zadzwoniłem na oddział pooperacyjny, gdzie dowiedziałem się, że żona jest już wybudzona, ale nie chce nikogo widzieć, najlepiej do rana. Uspokojony udałem się do domu – mieszkam kilkadziesiąt kilometrów od szpitala, w którym przebywała żona. Ledwo przekroczyłem próg domu – zadzwoniła jedna z koleżanek żony (które nie wiedzieć jakim sposobem dowiedziały się o zakończeniu zabiegu wcześniej ode mnie, czyli jedynej osoby upoważnionej do uzyskania informacji). Zadzwoniła z informacją, że „z żoną jest bardzo źle, ma bardzo skąpą diurezę, hipotensję, a anestezjolog (lekarz z olbrzymim doświadczeniem) biega spanikowany”. Nikomu nie życzę takiego telefonu. Największemu wrogowi nawet. Dotarłem do szpitala tak szybko, jak było to możliwe, jednak około trzy godziny po tym telefonie. Zastałem żonę w doskonałej formie (jak na człowieka tuż po poważnym zabiegu), uśmiechniętą. Do żyły powolutku kapą sobie druga jednostka krwi. Wolno wchłaniały się też leki przeciwbólowe.

W opisywanej sytuacji trudno komunikolwiek zarzucić złą wolę. Każdy chciał jak najlepiej. Żona jest powszechnie lubiana, więc każdy „z troską” pytał o jej stan zdrowia. Ci, którzy już coś wiedzieli – przekazywali tę informację dalej, aby „uspokoić” kolejnych. Ale nikt nie pomyślał, czy sam chciałby doznać takiego samego zamieszania w czasie swojej choroby lub choroby najbliższych.

W tych dniach w pełni zrozumiałem znaczenie myśli kardynała

Richelieu: Boże, strzeż mnie od przyjaciół, z wrogami sobie poradzę.
(IMIĘ I NAZWISKO DO WIADOMOŚCI REDAKCJI)

Uwaga na bubel!

W trakcie kontroli miła pani z SANEPIDU, przeglądając moje „Procedury postępowania w gabinecie” stwierdziła, że są one „takie jakieś mało precyzyjne” i odpowiedziała, że można kupić gotowe dokumenty. Taki zestaw znalazłam w ofercie znanej firmy. Szczęśliwa, nie szukając dalej, zamówiłam ów zestaw.

Otrzymałam ładną teczkę, zawierającą cały zestaw różnych mało potrzebnych rzeczy, ale również wymarzony zestaw procedur.

Po przeczytaniu otrzymanych dokumentów okazało się, że niektóre z nich były aktualizowane w 2004 r., inne w 2006, choć powinny być aktualizowane raz na rok. Jednak powalająca okazała się procedura postępowania z odpadami niebezpiecznymi. Mimo, że w lipcu 2010 r. weszła w życie nowa ustawa, przesłany do mnie dokument posiadał datę aktualizacji z 2008 r. i zawierał przepisy nieaktualne od 8 miesięcy! Zaskoczona, zadzwoniłam do firmy. Z pełną swobodą w głosie pani powiedziała mi, że o tym wie. Poinformowała, że mają w planach rozsyłać aktualizacje w późniejszym terminie. Nie potrafiła wyjaśnić, dlaczego w marcu, mimo iż ustawa nie spadła z nieba, a od jej uchwalenia minęło już 8 miesięcy, firma sprzedaje nieaktualne dokumenty.

Zagadką pozostało również, jak i kiedy zamierzano przesłać te aktualizacje i na czyj koszt miałyby się to odbywać. Jak widać, nawet firma, wydawałoby się, renomowana, nie jest gwarantem jakości. To kolejny przykład na to, jak bardzo musimy być uważni przy zakupach, by nie pozwolić wciągnąć sobie bubla. Bo na rzetelność sprzedających nie ma co liczyć. ☹

ANITA PACHOLEC



Polityka i emocje

*Skoro nie można się cofnąć, trzeba znaleźć
najlepszy sposób, by pójść do przodu.*

Paulo Coelho

JOLANTA MAŁMYGA

Pewnych postanowień, niestety, nie da się cofnąć, ale można je zmienić i poprawić. Nowe ustawy i zarządzenia, które zaczynają obowiązywać w systemie opieki zdrowotnej w naszym kraju, są niekiedy i straszne, i śmieszne. Zdarza się, że wzajemnie się wykluczają, wprowadzają zamieszanie i dają możliwości nieograniczonych interpretacji. Do błędów organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej dochodzą błędy legislacyjne, które wywołują wiele negatywnych skutków i wzbudzają niepotrzebne emocje. To jest polityka, ale czy polityką powinny rządzić emocje?

Niezadowoleni pacjenci za kolejki i złą organizację leczenia obwiniają lekarzy, gdyż to oni są najbliższej – na wyciągnięcie ręki. Nasila się agresja w stosunku do białego personelu, ale nie tylko. Poziom agresji rośnie zastraszająco szybko i, co gorsze, zaczyna się już wśród najmłodszych. Wszystkimi i wszędzie rządzą emocje. Lekarze oskarżają samorząd o słabą

skuteczność poczyną, ale zapominają, że sami go stanowią. Musimy chcieć budować i umacniać ideę wspólnej organizacji i – moim zadaniem – tu przydałyby się dobre intencje i zapał do pracy. Wiem, teraz jest wiosna i cała przyroda budzi się do życia, a my, ludzie, stanowimy jej integralną całość. Najpierw zazielenią się liście, później zakwitną kwiaty i dojrzeją owoce,

te zgniłe i zrobaczywałe spadną na ziemię – spokojnie i we właściwym czasie. A czy my wszyscy potrafimy tak po prostu, krok po kroku, działać dla lepszego jutra? Moim zdaniem – potrafimy.

Nie czekajmy do jesieni, aż czas sam usunie zgniłe jabłka. Zmieńmy i poprawmy to, co nie nadaje się do życia i je utrudnia. Przepisy i ustawy

tworzą ludzie, więc można i trzeba je zmieniać i właściwie interpretować. Przykład? Proszę bardzo! Zbieranie oświadczeń od pacjentów wyrażających zgodę na przekazywanie informacji o stanie zdro-

wia najbliższym to jest prawo, a nie obowiązek i do korzystania z prawa nikt nie może nikogo zmuszać. Z tego prawa niektóre oddziały NFZ zrobiły obowiązek, który nałożono na lekarzy – zła interpretacja i nadgorliwość. Dobrze, że w porę przez nas zauważona.

Następna genialna idea, ponoć dla dobra pacjenta, to zakaz wypisywania recept bez zbadania, nawet w przypadku przewlekłych chorych. Tutaj, również dzięki pacjentom, wycofany został ten „wspaniały” przykład pomysłowości twórców przepisów.

***Lekarze oskarżają
samorząd o słabą
skuteczność, ale
zapominają, że sami
go stanowią.***

Warto nie składać broni i walczyć o zmianę i nowelizację zapisów w nowo uchwalonych ustawach i wydanych rozporządzeniach, które tworzą zbędne biurokratyczne bariery i utrudniają pracę lekarzom i lekarzom dentystom. Musimy jednak działać razem, ze spokojem, rozumą i w tym miejscu bez emocji. *W życiu bowiem istnieją rzeczy, o które warto walczyć do końca* (Paulo Coelho). ☉



Autorka jest lekarzem dentystą, wiceprezesem ORL w Gorzowie Wlkp.

Chirurgia rekonstrukcyjna twarzy



Kolejna bariera mikrochirurgii transplantacyjnej została pokonana.

KRZYSZTOF MAKUCH

Kiedy 2 lata temu świat obiegła informacja o pierwszym w USA udanym przeszczepie twarzy, wykonanym przez zespół prof. M. Siemionow, w opinii wielu lekarzy pokonana została kolejna bariera mikrochirurgii transplantacyjnej. Przez pryzmat sukcesu chirurgii i immunologii należy jednak podkreślić niezwykle ważny kontekst etyczny tego wydarzenia. 29 marca br. wykład na ten temat wygłosiła prof. Maria Siemionow, która przyjechała do Warszawy na zaproszenie Polskiej Akademii Nauk.

20-letnia droga do sukcesu

Przygotowania do przeszczepu twarzy zajęły 20 lat i były przedmiotem licznych publikacji w najważniejszych czasopismach medycznych. W moim kompletnym zespole prof. Siemionow (absolwentki Akademii Medycznej w Poznaniu) na stałe zasiadali bioetycy, przygotowując projekt, który uzyskał akceptację odpowiednich komisji bioetycznych. Wynika to z twardych norm etycznych zapisanych w prawodawstwie USA. I choć wśród Amerykanów popularna jest, umieszczana w prawie jazda, zgoda na przekazanie po śmierci własnych organów do transplantacji, to w przypadku medycznych innowacji cały proces od projektu do jego ukończenia jest pod specjalnym

nadzorem. Dotyczy to m.in. zakazu kontaktu zespołu transplantacyjnego z rodziną dawcy, a zadanie to wypełnia specjalna komisja. Również niedozwolone jest pozyskiwanie potencjalnych pacjentów do zabiegu co do zasady, a nie tylko z racji zwiększonego ryzyka powikłań.

Dylematy nie tylko etyczne

W przypadku przeszczepu twarzy długo trwały rozmowy z rodziną dawcy, na co niewątpliwie wpływ miał rodzaj przekazanego organu. W powszechnie znanej i akceptowanej transplantacji przeszczepiany organ nie pozwala na identyfikację dawcy, ale w przypadku twarzy powstaje wiele wątpliwości. Co zrobić, jeśli pacjent nie zaakceptuje swojej nowej twarzy?



Prof. Maria Siemionow z Cleveland Clinic otrzymała medal za wybitne osiągnięcia naukowe w służbie społeczeństwa. Wręczył go Michał Kleiber, prezes Polskiej Akademii Nauk.

Przeszczep twarzy nie jest chirurgią kosmetyczną, ale poważnym zabiegiem rekonstrukcyjnym, przywracającym choremu możliwość podstawowych funkcji.

Jaka będzie reakcja rodziny dawcy? Jak pozyskiwać środki na kosztowną (ok. 300 000 dolarów) procedurę. Należy podkreślić za prof. Siemionow, że przeszczep twarzy nie jest chirurgią kosmetyczną, ale poważnym zabiegiem rekonstrukcyjnym przywracającym choremu możliwość podstawowych funkcji: oddychania, połykania oraz powrót do społeczeństwa. Sukces zabiegu pozwolił na zgodę pacjentki na ujawnienie swoich danych i nowego wizerunku i – co szczególnie ważne w tym przypadku – na wyrażenie zgody i spotkanie pacjentki po przeszczepie z rodziną dawcy. I choć sam zabieg był niezwykle skomplikowany i wymagał kilkunastogodzinnej precyzyjnej pracy całego zespołu (chirurgów, laryngologów, anestezjologów), a później psychologów i rehabilitantów, to nie stanowił w opinii prof. Siemionow najważniejszego problemu. Rozwój medycyny niesie wiele wyzwań, również dla etyki lekarskiej, które wcześniej były trudne do przewidzenia. Mielśmy tego świadomość, nowelizując Kodeks Etyki Lekarskiej na Nadzwyczajnym Zjeździe w Toruniu. ●

Wszyscy wiedzą, że firmy sponsorują lekarzy,
licząc na przychylność do ich wyrobów.
Czy patrzenie im na ręce uzdrowi te relacje?

Etycznie i po partnersku



Lucyna Krysiak

Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED i Naczelna Izba Lekarska będą realizować wspólny projekt MedKompas Poland, którego celem jest promowanie etycznej współpracy pomiędzy przedstawicielami rynku wyrobów medycznych i ochrony zdrowia.

Czysto i przejrzysto

Inicjatywa jest bezprecedensowa. Po raz pierwszy o etyce w ochronie zdrowia i w firmach produkujących wyroby medyczne będzie się mówi-

ło w kontekście codziennej praktyki. POLMED wspólnie z NIL przeprowadzi 60 warsztatów szkoleniowych dla przedstawicieli obu środowisk. Ma w nich uczestniczyć 1 200 osób z całego kraju. Wiedza i nabyte tam kwalifikacje posłużą do stworzenia sieci ekspertów odpowiedzialnych za politykę compliance w szpitalach i innych placówkach ochrony zdrowia. „Etyka w tak czułym sektorze, jakim jest ochrona zdrowia nabiera coraz większego znaczenia i przestrzeganie najwyższych standardów w tej dziedzinie stało się priorytetem” – zaznaczyła Anna Janczewska-Radwan, prezes Zarządu OIGWM POLMED. Dodała, że promowanie zasad etyki przekłada się na lepszą edukację lekarzy, nowocześniejsze wyposażenie szpitali i większą dostępność do innowacyjnych technologii, a w rezultacie na skuteczniejsze leczenie i bardziej racjonalne wydawanie pieniędzy na ten cel. Projekt MedKompas ma stworzyć czyste i partnerskie relacje pomiędzy lekarzami a firmami oferującymi wyroby medyczne. Dotąd bywało z tym różnie. Firmy często sponsorowały konferencje, sympozja, a przy okazji fundowały lekarzom wycieczki, bankiety i inne atrakcje. Obecnie eks-

pert odpowiedzialny za politykę compliance będzie rozstrzygał, czy oferta firmy jest etyczna i czy lekarz będzie mógł z niej skorzystać. „Hipokrates nie przewidział sytuacji, z którymi współcześnie przychodzi się nam mierzyć” – zastrzegł Konstanty Radziwiłł, wiceprezes NRL.

Problem powiązań lekarzy z przemysłem medycznym pojawił się wraz z dynamicznym postępem medycyny. Powiązania te są nieuniknione, bo wprowadzanie nowych technologii medycznych i leków wymaga od lekarza poszerzania wiedzy. Określenie bardziej szczegółowych zasad, na jakich mają się one odbywać, stało się więc konieczne.

Na styku producent-lekarz

Nie tylko Hipokrates, którego przysięgę składają lekarze i lekarze dentyści, ale ustanowiony przez samorząd Kodeks Etyki Lekarskiej nie przewidział obecnych problemów w relacjach na styku producent-lekarz. Dlatego w 2004 r. dopisano do kodeksu dodatkowy rozdział, który określa jak lekarze mają się zachowywać w kontaktach z przedstawicielami firm produkujących wyroby medyczne. W kontekście tych zapisów lekarz nie powinien przyjmować żadnych korzyści, jeśli to ogranicza obiektywizm jego opinii na temat produktu





Przysięga Hipokratesa przestała wystarczać.

i jeśli może podważyć zaufanie do zawodu lekarza. Lekarzowi, który jest związany finansowo z przemysłem medycznym nie wolno odstąpić od podejmowania w pełni obiektywnych decyzji klinicznych i działania w interesie pacjentów oraz osób biorących udział w badaniu. Powinien też ujawniać wszelkie związki z firmami lub subwencje z ich strony, które mogą być przyczyną konfliktu interesów, a także upewnić się, czy jego działania są zgodne z Kodeksem Etyki. „Kodeksy to teoria, a nam chodzi o praktykę, dlatego projekt MedKompas Poland zawiera instrukcje dla uczestników systemu ochrony zdrowia i w miarę realizacji będzie dostosowywany do aktualnych potrzeb obu środowisk – powiedział Witold Włodarczyk, dyrektor generalny Izby POLMED.

Dlaczego compliance?

Izba POLMED jest największą organizacją działającą na polskim rynku wyrobów medycznych. Reprezentuje firmy członkowskie wobec orga-

nów państwowych, samorządowych oraz instytucji społecznych. Prowadzi działalność szkoleniową, informacyjną i doradczą. Jest członkiem Europejskiego Stowarzyszenia Wyrobów Medycznych EUCOMED z siedzibą w Brukseli. O jej statusie i sile przebicia świadczy fakt, że na realizację swojego autorskiego projektu MedKompas Poland wynegocjowała 460 000 USD z globalnego programu Siemens Integrity Initiative. O finansowanie różnych projektów aplikowało 300 organizacji non profit z 66 państw świata. Ostatecznie środki otrzymało około 30 z 20 państw. Na potrzeby Projektu MedKompas powołano Radę Programową, w skład której wchodzi: inż. Jan Cieczot, dyr. Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie; dr Bolesław Rok z Centrum Etyki Biznesu Akademii Leona Koźmińskiego; Kamil Wyszkowski, szef Biura Projektowego Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, koordynator Global Compact; dr n. med. Magdalena Skopińska, wiceprezes Zarządu OIGWM POLMED, prezes zarządu Johnson & Johnson Poland Sp. z o.o. oraz Grzegorz Moskal, zastępca dyrektora działu

Etyka, tak dobrze pojmowana w teorii, musi być skonfrontowana z praktyką.

Compliance Siemens Sp. z o.o. „Od lat próbujemy cywilizować środowisko biznesu i przychodzi nam to z trudem, bo biznes jest kojarzony wyłącznie z chęcią zysku” – tłumaczy dr Bolesław Rok – Biznes może jednak wypełniać misję społeczną, a zysk być jej efektem. Polityka compliance, na której oparł swoje założenia projekt MedKompas Poland, stwarza taką możliwość.” ☉

Pytania i nie

Wiadomo, że miesiąc to zbyt krótki czas, aby taka jak ta – nowa i nietypowa rubryka zaczęła jakoś funkcjonować i żyć własnym życiem. Trzeba więc okazać nieco cierpliwości, poczekać na tak zwany ciąg dalszy, a jednocześnie warto już od samego początku tę nowinkę jakoś „rozkręcać”, oswajać oraz animować.

ROMAN WERS

Czy zaproponowana formuła zyska aprobatę PT. Odbiorców – okaże się – jednak dobrze by było, gdyby już teraz zaczęły się pojawiać jakieś nowe pomysły i propozycje dotyczące poszerzenia tematyki. Dotychczas nadeszły wprawdzie tylko dwie (anonimowe) wypowiedzi i w obu znalazły się wyłącznie odniesienia do racji lub nie-racji zawartych w przytoczonych CYTATACH.

**WYPOWIEDŹ
DOTYCZĄCA CYTATU:**

Gdy amfora jest pusta, przyjaciele rozchodzą się.

Horacy (Quintus Horatius Flaccus, 65-8 p.n.e.)

Ludzie stopniowo opuszczają różne zgromadzenia – to fakt. I nie tylko wtedy, gdy już miody zostaną spite, ale bywa że i wówczas, kiedy amfory są jeszcze pełne, a stół bogato zastawiony. Przyczyn może być

Frazes

– skrzyżowanie małego człowieka z wielką sprawą.

Ekspert to człowiek, który przestał myśleć – on wie.

tylko

*Gdzie było id, tam
powinno stać się ego.*

SIGMUND FREUD (1856-1939)

*Fraszki to wszystko, cokolwiek
myślemy, fraszki to wszystko,
cokolwiek czyniemy.*

JAN KOCHANOWSKI (1530-1584)

wiele, jednak najczęściej dzieje się tak, jeśli nastrój opada, a gospodarze stają się coraz mniej atrakcyjni. Wiadomo, że w miarę upływu lat przyjaciół nam ubywa. Niektórzy odchodzą z tego świata do innego (może lepszego, ale któż to wie?), a inni niby są, lecz jakoś powolutku znikają, opuszczają nas z wielu bardzo różnych przyczyn. Warto się nad tym zastanowić i zadać sobie kilka prostych pytań, choćby takich: Czy przypadkiem nie ja sam stałem się powodem ich zniechęcenia? Może bezwiednie zrobiłem im jakąś przykrość, którą oni tak boleśnie odczuli, że aż się całkiem zrazili? A może sami mają kłopoty ze sobą, ze swą rodziną, zdrowiem, w ogóle z własnym bytowaniem, bo coraz gorzej im się powodzi, bo marnie się poruszają, znacznie słabiej słyszą, widzą i kojarzą, a nie chcą tego ujawniać?

Takich pytań może być wiele i nie jest łatwo na nie odpowiedzieć. O przyjaźń ludzką – podobnie jak o miłość – trzeba dbać i stale ją pielęgnować. Inaczej zniknie, po prostu odejdzie w niebyt. (T.Cz.)

WYPOWIEDŹ DOTYCZĄCA CYTATU:

**Głupszym od nieuka
jest głupiec uczony.**

*Moliere (właśc. Jean
Baptiste Poquelin,
1622-1674)*

No tak, głupota niejedno ma oblicze. Nieraz „uczoność”, czyli nabyta wiedza książkowa nijak się ma do mądrości życiowej, bez której nie sposób daleko ujechać. Człek prosty, który nawet szkół nie kończył, nieraz potrafi wykazać znacznie większą roztropność od mądrali, co to wszelkie rozumy posiadał, a w istocie objawia swą absolutną beznadziejność. Najgorsze przy tym, że zwykle tacy uczeni

*Gdy człowiek
rozumny zacznie mówić jakieś
zdanie, nie domyślamy się jak je
skończy. Gdy zacznie głupi
– wiemy na pewno.*

ANTONI SŁONIMSKI (1895-1976)

są głęboko przekonani o swej wyższości i bezkrytycznie ją okazują. Szlachetna skromność jest im obca... Dlaczego?

Besz

Są tu też następne CYTATY wybrane z archiwum i dość dowolnie zestawione. Być może niektórzy z nich także zasłużą na Państwa interpretację.

Jeśli będą napływały jakieś uwagi lub propozycje, które wzbogacą pierwotny zamysł, to wszystkie zostaną rozważone, a sugestie chętnie opublikujemy. Osoby, które zechcą zachować anonimowość, proszone są o zaznaczenie tego w swej korespondencji. e-mail: wersl@o2.pl



R E K L A M A

Zgodnie z art. 23 k.c. do dóbr osobistych zalicza się przede wszystkim zdrowie, wolność, cześć, swobodę sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnicę korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukową, artystyczną, wynalazczą i racjonalizatorską.

Prawo lekarza do ochrony dóbr osobistych



Justyna Zajdel

Prezentowany zbiór nie ma charakteru zamkniętego, co oznacza, że dobra osobiste to nie tylko „elementy” wymienione w art. 23 k.c., ale także prawo do życia prywatnego, życia intymnego, integralności fizycznej i psychicznej, prawo do spokoju. Należy podkreślić, że dobra osobiste podlegają ochronie wynikającej z prawa cywilnego i karnego.

Godność osobista

Godność osobista i dobre imię mogą zostać naruszone w wyniku zniewagi lub zniesławienia.

UWAGA! Przez zniewagę należy rozumieć zachowanie, które w powszechnym rozumieniu uważane jest za obraźliwe. Zniewaga może mieć formę wypowiedzi, gestu lub innego zachowania, którego treść ubliża drugiej osobie.

W myśl art. 216 k.k.: kto znieważa inną osobę w jej obecności albo choćby pod jej nieobecność, lecz publicznie lub w zamiarze, aby zniewaga do osoby tej dotarła, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności. Na uwagę zasługuje § 2, zgodnie

z którym kto znieważa inną osobę za pomocą środków masowego komunikowania, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Godność osobista może zostać naruszona również w wyniku zniesławienia.

Zgodnie z art. 212 k.k. kto pomawia inną osobę, grupę osób, instytucję, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nie mającą osobowości prawnej o takie postępowanie lub właściwości, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności, podlega grzywnie, karze ograniczenia albo pozbawienia wolności do roku. Zniesławienie ma

Zarówno w przypadku zniewagi, jak również i zniesławienia ściganie odbywa się na wniosek osoby pokrzywdzonej.

szczególny charakter, jeśli dochodzi do niego z wykorzystaniem środków masowego przekazu (np. Internetu). W takiej sytuacji sprawca przestępstwa podlega karze pozbawienia wolności do lat dwóch.

W odniesieniu do osób wykonujących zawód lekarza zniesławienie może polegać, między innymi, na publicznym wypowiadaniu niepochlebnych opinii lub zamieszczaniu negatywnych komentarzy, które trafiają do szerokiego grona odbiorców. Przykładem jest zamieszczanie w portalach internetowych wpisów odnoszących się do oceny świadczonych usług zdrowotnych. Należy podkreślić, że zniesławienie nie musi polegać na używaniu słów obraźliwych czy też wulgarnych. Zniesławienie może przyjąć postać niepochlebnych komentarzy, które mają charakter oceny. **PRZYKŁAD:** pacjent dokonuje w portalu internetowym wpisu następującej treści: nie polecam tego lekarza – ma małą wiedzę i nie potrafi zastosować odpowiedniego leczenia.

UWAGA! Zarówno w przypadku zniewagi, jak i zniesławienia ściganie odbywa się z oskarżenia prywatnego, czyli na wniosek osoby pokrzywdzonej.

Ochrona cywilna

W przypadku stwierdzenia naruszenia dobra osobistego lekarza przysługują środki ochrony niemajątkowej oraz majątkowej. Do kwestii ochrony dóbr osobistych odnosi się art. 24

Poszkodowanemu lekarzowi przysługują głównie środki ochrony niemajątkowej i majątkowej.

k.c., zgodnie z którym ten, czyje dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne. W razie dokonanego naruszenia może on także żądać, ażeby osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Na zasadach przewidzianych w kodeksie może on również żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny. Z cytowanego artykułu wynika, że lekarz, którego dobro osobiste zostało bezprawnie naruszone, może domagać się:

- zaniechania naruszania dobra (np. zaniechania działań skutkujących naruszaniem dobra osobistego),
- usunięcia skutków naruszenia dobra (np. opublikowania przeprosin w lokalnej prasie, zamieszczenia sprostowania). Środek ten wybierany jest najczęściej w przypadku naruszenia dobrego imienia lub czci. W przypadku, gdy naruszenie dobra zostało dokonane z wykorzystaniem środków masowego przekazu, lekarz ma prawo żądać, aby usunięcie skutków naruszenia miało podobny charakter. **PRZYKŁAD:** lekarz,

który został zniesławiony za pośrednictwem ogólnie dostępnych mediów, może wnosić o zamieszczenie odpowiedniego oświadczenia, sprostowania lub wyjaśnienia w tym samym źródle – np. prasie ogólnopolskiej, programie telewizyjnym. Warto podkreślić, że koszty związane z usunięciem skutków naruszenia ponosi ten, kto w bezprawny sposób naruszył dobro osobiste lekarza.

W przypadku naruszenia dóbr osobistych lekarz ma również prawo do wykorzystania majątkowych środków ochrony cywilnej. W myśl art. 448 k.c. w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia.

Do kwestii wpłaty odpowiedniej sumy na cel społeczny nawiązuje także art. 24 k.c. Zasądzenie sumy pieniężnej na wybrany przez lekarza cel społeczny ma charakter prewencyjny. Lekarz nie czerpie bezpośredniej korzyści z zasądzonej kwoty, ale obowiązek jej wpłaty przeciwdziała kolejnym naruszeniom, a ponadto nie naraża lekarza na zarzut dążenia do osiągnięcia osobistej korzyści majątkowej. Należy

podkreślić, że sąd może zdecydować o ujawnieniu treści wyroku wydanego przeciwko określonej pacjentowi w siedzibie zakładu opieki zdrowotnej, gdzie zatrudniony jest lekarz, którego dobro zostało naruszone. **PRZYKŁAD:** treść wyroku może zostać zamieszczona na tablicy ogłoszeń lub w miejscu ogólnie dostępnym dla lekarzy i pacjentów.

W ostatnim czasie lekarze coraz częściej korzystają z ochrony prawnej, która przysługuje im w przypadku naruszenia dóbr osobistych, w tym czci i dobrego imienia. Przykładem jest sprawa opisana niżej. W 2009 r. na od-

dział ratunkowy szpitala w Lublinie zgłosiła się pacjentka uskarżająca się na ból uda promieniujący wzdłuż całej nogi. Lekarka uznała, że schorzenie ma charakter przewlekły, co powoduje, że pacjentka nie wymaga leczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym, który zajmuje się wyłącznie sytuacjami niecierpiącymi zwłoki. Lekarka „skierowała” pacjentkę do pobliskiej placówki, która udzielała całodobowych świadczeń zdrowotnych pacjentom niewymagającym udzielenia pomocy w trybie nagłym. Zdaniem chorej postępowanie lekarki było nieprawidłowe, w związku z czym chora zdecydowała się na wezwanie patrolu policji oraz opisanie zaistniałej sytuacji w piśmie do dyrekcji szpitala, izby lekarskiej oraz sejmiku samorządowego. W skardze chora zarzuciła lekarce, że nie zbadała jej, nie przeprowadziła wywiadu, nie chciała się przedstawić ani wydać karty informacyjnej. W piśmie chora użyła między innymi zwrotów: taka nie godna zawodu lekarza była postawa pani doktor, odmówiła mi w arogancki sposób. Zdaniem lekarki działanie chorej naruszyło jej dobra osobiste. Pacjentka motywowała pod-

Zniesławienie może przyjąć także postać niepoehlebných komentarzy.

jęte czynności konstytucyjnym prawem do krytyki i prawem do składania petycji, wniosków i skarg. Chora podkreślała jednocześnie, że użyte przez nią wyrażenia nie mają charakteru obraźliwego, ale stanowią opis zaistniałego zdarzenia. Sąd Rejonowy w Lublinie uznał, że pacjentka naruszyła cześć i dobrą sławę potrzebne do wykonywania zawodu lekarza, a skarga zawierająca nieprawdziwe fakty i krzywdzące sformułowania przekraczała ustawowe ramy prawa do wyrażania opinii i naruszała dobre imię lekarki. Pacjentka została zobowiązana do zapłaty 2 500 zł zadośćuczynienia. Wyrok utrzymał w mocy Sąd Okręgowy w Lublinie (sygn. II Ca 780/10). ●



AUTORKA JEST ADIUNKTEM
W ZAKŁADZIE PRAWA
MEDYCZNEGO UM W ŁODZI

Sezon na polowanie

Powiedzenie, że cel uświęca
* środki jest dziś aktualne bardziej *
niż kiedykolwiek indziej.

KRYSZYNA KNYPL

Ulubionym zajęciem ludzkości jest polowanie, najczęściej na pieniądze, ale nie jest to jedyny obiekt, za którym dniem i nocą gonią zdyszani myśliwi. Znałe powiedzenie, że cel uświęca środki, jest dziś aktualne bardziej niż kiedykolwiek. Mając niezaspokojone ambicje w każdej sprawie wiele osób nie szczędzi trudu, polując z zapałem na słonia i mrówkę, na hipopotama i muszkę *Drosophila melanogaster*, a nawet na dinozaura, czyli coś, co nie występuje w przyrodzie. Nie zaskakodzi strzelić, a nuż się trafi! Może nie ustrzeli się dużego zwierza, ale zawsze można upolować tzw. jelenia. Miejsc do polowania jest wiele i, wbrew pozorom, nie lasy są tym obszarem, gdzie to podobno męskie zajęcie jest najczęściej uprawiane.

Polowanie w Internecie

Jednym wielki łowiskiem jest Internet. Sieciowi myśliwi łowią przede wszystkim naiwnych i nieorientowanych, ale niemiła przygoda spotkać może praktycznie każdego. Mimo obycia z Internetem, posiadania zabezpieczonego sprzętu, doświadczenia w przeprowadzaniu transakcji pewnego razu nie udało mi się uniknąć pułapki. Będąc wielbiczką filmów Woody'ego Allena i aktorstwa Diane Keaton, chciałam podczas podróży do Nowego Jorku zatrzymać się w hotelu, w którym kręcono film „Tajemnica morderstwa na Manhattanie”. Wiedziałam, że samodzielne rezerwowanie

hotelu wymaga zachowania czujności rewolucyjnej oraz obycia podróżniczego. Zdawało mi się, że obie cechy mam w całkiem dobrym stopniu rozwinięte, a jednak... nie przewidziałam nietypowych okoliczności.



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem

Wiadomo, że w Nowym Jorku ceny hoteli są astronomiczne i trudno znaleźć pokój w dobrej lokalizacji, z łazienką, po którym nie chodzą pluskwy, będące prawdziwą plagą wielu nawet renomowanych placówek. Pomyślałam, że bezpośrednia rezerwacja na internetowej stronie hotelu, z pominięciem wszelkich pośredników, będzie najlepsza i najtańsza.

Początkowo nie było wolnych pokoi w terminie, który mnie interesował, mimo że próbowałam zarezerwować pokój na sześć tygodni przed wyjazdem. Nie zniechęcona klikałam codziennie na strony hotelu, aż za którymś razem pojawiła się informacja, że jest wolny pokój. Trzeba była wyłożyć prawie dwieście dolarów za dwie noce. Jak na Manhattan to tanio! Rzuciłam się do rezerwowania, zgodnie z żądaniem podałam numer karty kredytowej, na której od razu zablokowano potrzebną kwotę. Podekscytowana perspektywą przebywania w miejscu owianym

sławą gwiazd filmowych, czym zresztą hotel chwali się na swojej internetowej stronie, widziałam siebie stąpającą po czerwonym dywanem wiodącym do słynnego wnętrza. Mając głowę zajęta bujaniem w obłokach, nie dość dokładnie przeczytałam warunki rezerwacji.

Po trzech dniach nadeszła drogą e-mailową wiadomość, że nie jest możliwe zrealizowanie mojego zamówienia w słynnym hotelu i proponuje się miejsce w innym tej samej sieci. Nie odpowiadało mi to, więc poprosiłam o anulowanie rezerwacji i tu okazało się, że będzie mnie to kosztować 30 USD, tyle bowiem wynosi opłata manipulacyjna.

Złożyłam rezygnację z rezerwacji, domagając się zwrotu całej kwoty, skoro nie z mojej winy zamówienie nie może być zrealizowane. W odpowiedzi przytoczono mi regulamin i poczyniono refleksję, że takie dokumenty trzeba czytać uważnie. Zażądałam potwierdzenia stanowiska przez dyrekcję. Nieoczekiwanie przełożona recepcjonistki powiadomiła mnie, że otrzymam zwrot całej kwoty, ale w ciągu dwóch miesięcy. Po wymianie w sumie kilkunastu maili kwota wróciła na moją kartę, ale pomniejszona o 5,15 PLN. Zapytałam w moim banku, kto zarobił na owej drobnej różnicy. Okazało się, że zarobił wystawca mojej karty kredytowej, bo w tzw. międzyczasie spadł kurs dolara w stosunku do złotych.

Lekcja nie była bardzo kosztowna, ale dobrze obrazuje polowanie na cudze pieniądze.

Polowanie w NFZ-cie

Z nie mniejszą determinacją niż ów nowojorski hotel polowanie na nasze pieniądze urzęda od pewnego czasu

Reguła orzeczeń NFZ funkcjonuje na zasadzie wstęgi Möbiusa.



NFZ. Czytamy w prasie codziennej, na środowiskowych portalach dla lekarzy, a także słyszymy od kolegów, że lekarze obarczani są kosztami refundacji przepisanych leków. Każda kwota i pretekst są dobre. Nie ma peselu pacjenta na sześćdziesiątej stronie historii choroby – kara kilkadziesiąt złotych; brak ksero wyniku badania histologicznego w kolejnym egzemplarzu historii choroby – kara jeszcze większa. Polowanie z nagonką trwa i trwać będzie. Reguła orzeczeń NFZ funkcjonuje na zasadzie wstęgi Möbiusa, która jak wiadomo ma tylko jedną stronę. Ten ciekawy fenomen został wykorzystany w konstrukcji logo wielu instytucji czy orga-

Gdy ktoś sfalszuje naszą receptę, jesteśmy wolni od finansowych konsekwencji.

nizacji i myślę, że najwyższa pora, aby NFZ zmienił swój zbyt prosty i dosłowny znak graficzny na jakiś bardziej wyrafinowany, z wykorzystaniem rysunku tej niezwyklej wstęgi. Będzie od pierwszej chwili wiadomo, że to instytucja jednostronna, która zawsze ma rację.

Umowy na refundację recept są tak napisane, że dają tysiąc powodów, dla których można zażądać od lekarza zwrotu kosztów. Szczęśliwie jest jeden wyjątek – gdy ktoś sfalszuje naszą receptę, jesteśmy wolni od finansowych konsekwencji. Warto odświeżyć sobie treść podpisanej przed laty umowy na refundację recept. Już wtedy zgodziliśmy się być sponsorami tych osób, któ-

re odwiedzają nasz gabinet z zamiarem wyłudzenia nienależnej recepty ulgowej, a my w nawale pracy nie wykazemy się należyłą czujnością rewolucyjną odnośnie statusu ubezpieczeniowego tzw. świadczeniobiorcy. Wszystko wskazuje na to, że znane powiedzenie „zaufanie dobre, ale kontrola lepsza” powinno być nie mniej ważną dewizą w naszej pracy niż inne podniosłe maksymy wyrażane zwykle w języku łacińskim.

Polowanie we wszechświecie

Większego obszaru wymaga polowanie na popularność wśród wyborców. Można by rzec, iż takie polowanie ma nieograniczony zasięg i z natury rzeczy może ogarniać nawet cały wszechświat. Minister Zdrowia, idąc z pomocą swojej formacji politycznej, zafrasowanej spadającymi słupkami poparcia wśród wyborców, wcieliła się w okolicach Dnia Kobiet w kolejną wersję Kobiety Pracującej. Jak pamiętamy, poprzednie wcielenie medialne ukazywało dr Ewę Kopacz jako eksperta od lepienia pierogów, tym razem konieczna więc była zmiana akcentów PR-owych z domowych na zawodowe.

Wieczorową porą ruszyła więc pani doktor na gospodarską wizytę, aby osobiście zbadać, jak sprawuje się świeżo zreformowany system nocnej pomocy medycznej. Agencja PR czuwająca nad Panią Minister chyba zbyt radykalnie zmieniła jej zewnętrzny wizerunek, bo wizytatorka nie została rozpoznana przez personel placówki. Co gorsza, potraktowano Panią Minister nie dość uprzejmie.

Nie tak dawno jeden z wiceministrów po wielokroć przekonywał na falach eteru, że recepcja zawsze skutecznie sprawdzi, czy pacjent ma uprawnienia do ubezpieczenia i żadnych kłopotów lekarz wystawiający receptę mieć nie będzie. Osobiście nie ufałabym ustaleniom personelu recepcyjnego, który nawet nie jest w stanie rozpoznać własnej pani minister, a o umiejętności rozpoznania uprawnień do ubezpieczenia to już nawet nie ma co marzyć, że robi to dobrze!

Pani Minister, nawet gdy nie odbywa wizyt kontrolnych,

wykorzystuje każdą minutę na niesienie pomocy potrzebującym. W bagażniku ministerialnej limuzyny znajduje się wszystko, co jest konieczne do realizowania się przez dr Ewę Kopacz jako zespół ratunkowy, któremu nieobcy jest szeroki wachlarz usług dla Polskiego Pacjenta – od otulenia kocem przez zmierzenie ciśnienia, aż do zrobienia zastrzyku przeciwbólowego (<http://www.gadu-gadu.pl/uratowala-mnie-minister-kopacz>).

Kolejne scenariusze kreatorów wizerunku publicznego Ministerstwa Zdrowia, przy braku realnych osiągnięć w modernizacji i racjonalizacji systemu ochrony zdrowia, nasuwają podejrzenie, że rozgraniczenie świata wirtualnego od realnego może być problemem. Oby tylko drogi, na których realizowane są te scenariusze, nie okazały się bezdrożami. ☉

ROZSZYFRUJ RECEPTĘ

Zamieszczone w poprzednich numerach przykłady do rozszyfrowania z zakresu okulistyki cieszyły się dużym zainteresowaniem i wysokim wskaźnikiem prawidłowych rozwiązań. Taki wynik podważa moją hipotezę, że okuliści piszą szczególnie niewyraźnie! No, ale do trzech razy sztuka i jeszcze raz powrócę do tematyki okulistycznej. Jeśli i tym razem zamieszczony przykład nie nastręczy większych trudności, przyznamy okulistom zaszczytny tytuł Mistrzów Kaligrafii Lekarskiej! Laureatkami zostają panie dr Maria Zawadzka-Byśko i dr Anna Byśko, które zjednoczyły rodzinne siły dla rozwiązania zagadki. Bardzo proszę o nadesłanie adresu do korespondencji, na który zostaną przesłane nagrody książkowe dla obu Pań. Czekam na rozwiązania ostatniej z serii zagadki okulistycznej pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

Ostateczne rozpoznanie: RMQ

Opis udzielonego świadczenia (obejmuje wykonane badania):
Refrakcja, Uzas. brzołwistego,
test Gittmiera, test B

Wynikowe dotyczące dalszego postępowania medycznego:

1. wymaga dalszego leczenia w poradni specjalistycznej (specjalność)
2. nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej (specjalność)
3. wydano skierowanie na hospitalizację

Wskazówki dla lekarza kierującego:

1. w zakresie diagnostyki: ob. ustrzeżenia środowiska
2. w zakresie farmakoterapii: lokuwet 4x2x10

BIULETYN

Nr 3 (134) Rok XXII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Warszawa, V 2011

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL – 1 kwietnia 2011 roku

UCHWAŁA Nr 4/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 1 kwietnia 2011 r.

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

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 16 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Uchwała się projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań w celu wszczęcia inicjatywy legislacyjnej dotyczącej projektu ustawy.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

WICEPREZES
Romuald Krajewski

Załącznik do uchwały Nr 4/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 1 kwietnia 2011 r.

Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 1.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹) w art. 34 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Umowa, o której mowa w ust. 2, może być także zawarta z lekarzem, posiadającym prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu, w zakresie wystawiania recept dla tego lekarza, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.”.

Art. 2.

Ustawa wchodzi w życie z dniem.....

1. Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1725.

STANOWISKO Nr 6/11/P-VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 1 kwietnia 2011 r.

w sprawie projektów zmian w organizacji podstawowej opieki
zdrowotnej

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się pismem Dyrektora Departamentu Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia nadesłanym w dniu 3 lutego 2011 r., znak: MZ-OZG-50-23421-2/EK/11, stwierdza, co następuje:

1. W odniesieniu do warunków realizacji świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. (z późn. zm.) w sprawie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:
 - a) w zał. 1 Cz. I pkt 1.6 - na końcu należy dodać wyrazy: „gdy w wyniku udzielonej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej porady lekarskiej zachodzi konieczność ich wykonania”;
 - b) w zał. 1 Cz. I pkt 2.1-3 i Cz. V 2.1 – wyrazy „zgodnie z harmonogramem pracy świad-

czeniodawcy” należy zastąpić wyrazami „w godzinach określonych harmonogramem pracy lekarza”;

- c) w zał. 1 Cz. II kol. „Wymagane procedury medyczne” – pkt 2 i 5 należy dodać wyrazy „zgodnie ze wskazaniami medycznymi”;
- d) w zał. 1 Cz. II kol. „Wymagane procedury medyczne” – należy usunąć pkt 4;
- e) w zał. 1 Cz. IV – Zakres badań powinien być rozszerzony i uzupełniony o wyrazy „zgodnie ze wskazaniami medycznymi”;
- f) w zał. 1 Cz. V – należy usunąć pkt 1.2 i 2.2;
- g) w zał. 1 Cz. V pkt 3.2 – uzupełnić wyrazami „dopuszcza się możliwość funkcjonalnego połączenia z gabinetem pielęgniarki lub położnej POZ przy zachowaniu rozdzielności czasowej”;
- h) w zał. 2 Cz. I po pkt 1.5 należy dopisać wyrazy „świadczenia pozostające w kompetencjach pielęgniarskich wykonywane na zlecenie lekarza POZ”.

2. W odniesieniu do możliwości monitorowania świadczeń i określenia wskaźników jakości ich realizacji: Naczelna Rada Lekarska wyraża pozytywną opinię o idei monitorowania jakości świadczeń za pomocą określonych wskaźników. Naczelna Rada Lekarska uważa, że wskaźniki te mogą dotyczyć zarówno (1) struktury (zasobów) podstawowej opieki zdrowotnej, jak i (2) procesów (działań podejmowanych przez lekarzy) a także (3) wyników (skutków) opieki. Opracowanie i wprowadzenie wskaźników strukturalnych wydaje się najłatwiejsze. Przykładem mogą być: (1) kwalifikacje personelu lekarskiego i pielęgniarskiego zapewniającego opiekę (rodzaje, stopnie specjalizacji, udział w ciągłej edukacji), (2) wyposażenie praktyk/poradni w stosowny sprzęt do opieki na pacjentami z określonym problemem/chorobą (np. cukrzycą). W zakresie wskaźników dotyczących procesu opieki najbardziej korzystne będzie zapewne rozpoczęcie od odniesienia się do prewencji i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym czynników ryzyka takich jak, nikotynizm, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, a także cukrzyca. Naczelna Rada Lekarska proponuje rozważenie następujących wskaźników: (1) odnotowywanie w dokumentacji czynników ryzyka; (2) prowadzenie oceny całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego; (3) realizacja poradnictwa dotyczącego stylu życia; (4) stosowanie właściwych metod diagnostycznych (specyficznych dla określonego zaburzenia); (5) stosowanie właściwej farmakoterapii; (6) odpowiednie kierowanie do konsultacji specjalistycznej. Określenie odpowiednich dla publicznego systemu opieki zdrowotnej wskaźników dotyczących wyników opieki będzie zadaniem najbardziej skomplikowanym. W tym miejscu Naczelna Rada Lekarska formułuje jedynie dwie możliwe propozycje: (1) uzyskiwanie docelowych wartości skurczowego i rozkurczowego ciśnienia u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym; (2) uzyskiwanie docelowej wartości HbA1C u pacjentów z cukrzycą. Naczelna Rada Lekarska uważa, że stosowanie wskaźników chorobowości lub umieralności na poziomie POZ nie będzie możliwe do wykonania. Realizacja tych narzędzi monitorowania jakości opieki zdrowotnej nad pacjentami wymaga realizacji w praktyce ciągłości opieki zdrowotnej sprawowanej przez lekarza rodzinnego poprzez rolę koordynującą. Sytuacja, w której lekarz rodzinny będzie pozbawiony dostępu do pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta (przepływ informacji od innych lekarzy sprawujących opiekę nad pacjentem, przepływ informacji od pielęgniarek POZ sprawujących opiekę pielęgniarską nad pacjentem) może prowadzić jedynie do zafałszowania uzyskiwanych informacji.

Opracowanie zestawu mierzalnych, jednoznacznych i specyficznych dla POZ wskaźników jakości będzie zapewne procesem długotrwałym i wymagającym wiedzy eksperckiej oraz doświadczenia w zakresie poprawy jakości. Obok wskaźników konieczne zapewne będzie określenie standardów, a więc ilościowej specyfikacji mierzalnego wskaźnika możliwego do osiągnięcia w praktyce. Niemniej bezpośrednie przeniesienie rozwiązań z systemów innych państw, w których POZ znajduje się na wyższym stopniu rozwoju, a zwłaszcza posiadających korzystniejsze rozwiązania ekonomiczne i organizacyjne może na tym etapie przynieść więcej szkód niż korzyści. Znany jest fakt, że koncentrowanie się na poprawie monitorowanych wskaźników opieki obniża jakość w pozostałych obszarach.

3. W odniesieniu do obowiązku stosowania się do wytycznych, zaleceń, rekomendacji i uzgodnień dotyczących postępowania medycznego opracowanych przez towarzystwa naukowe i grupy robocze:

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty definiuje zawód lekarza oraz określa zasady jego wykonywania, a jej artykuł 4 wyraźnie i jednoznacznie określa warunki wykonywania zawodu. Użyte przez ustawodawcę sformułowanie „aktualna wiedza medyczna” jest pojęciem znacznie szerszym niż pojęcie wytycznych postępowania medycznego. Obok wymienionej aktualnej wiedzy medycznej ustawodawca w równym stopniu uzależnia wykonywanie zawodu lekarza od innych warunków takich jak: dostępność metod i środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodność z zasadami etyki zawodowej. Wytyczne, poprzez podsumowanie istniejącej wiedzy i doświadczenia, stanowią wsparcie w podejmowaniu decyzji klinicznych w codziennej praktyce i narzędzie w procesie kształcenia lekarzy. Współczesna sztuka lekarska wymaga, aby po ustaleniu rozpoznania rozważyć dostępne opcje postępowania uwzględniając wiele czynników indywidualnych dotyczących m.in. pacjenta, środowiska, organizacji systemu opieki zdrowotnej. Wspomniana powyżej wielowymiarowa analiza wszystkich uwarunkowań stanowi podstawę zindywidualizowanego, optymalnego postępowania lekarskiego. Nie istnieją przesłanki dla wprowadzenia bezwzględnego obowiązku

stosowania wytycznych, a zwłaszcza konieczności uzasadniania i dokumentowania odstępstw od rekomendacji w nich zawartych.

Naczelna Rada Lekarska uważa za bardzo istotne uznanie, że wytyczne opracowywane przez środowisko medyczne powinny stanowić element wewnętrznego systemu poprawy jakości. Nie może on polegać na działaniach biurokratycznych (np. dokumentowanie odstępstw), a zwłaszcza represyjnych (np. karanie w przypadku braku udokumentowania odstępstw). Należy dodać, że rekomendacje zawarte w wytycznych najczęściej odnoszą się do optymalnego poziomu opieki, świadczonej także poza systemem publicznym. W większości nie uwzględniają ograniczeń wynikających z niedostatecznego finansowania POZ w Polsce lub niewłaściwych rozwiązań organizacyjnych wprowadzonych przez NFZ.

Proponowane rozwiązania posiadają negatywne cechy systemu zewnętrznej kontroli jakości świadczeń, są sformalizowane i restrykcyjne. Niekiedy mogą one zapobiegać obniżeniu jakości opieki do nieakceptowanego poziomu, ale na pewno nie służą rzeczywistej, ciągłej i kompleksowej poprawie jakości w POZ.

Zamiast biurokratycznego dokumentowania odstępstw od wytycznych Naczelna Rada Lekarska proponuje wprowadzenie oceny zwrotnej indywidualnej lub grupowej. Powinna ona polegać na przekazywaniu lekarzom informacji o jakości ich opieki w stosunku do innych świadczeniodawców w tym samym obszarze działania. Wsparcie tej oceny, na przykład stosownymi materiałami edukacyjnymi lub szkoleniami, stanowiłoby pożądane rozwiązanie.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

WICEPREZES
Romuald Krajewski

STANOWISKO Nr 7/11/P-VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 1 kwietnia 2011 r.

w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, nadesłanym przy piśmie Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 4 marca 2011 r., znak: GMS-WP-173-47/11, opiniuje ww. projekt pozytywnie.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

WICEPREZES
Romuald Krajewski

STANOWISKO Nr 8/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 1 kwietnia 2011 r.

w sprawie projektu ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, nadesłanym przy piśmie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2011 r., znak: MZ-UZ-RP-0212023139-1(2)/JC/11, zajmuje w sprawie następujące stanowisko:

I. Uwagi ogólne: Samorząd lekarski od dawna postulował upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, jednak omawiany projekt nie spełnia oczekiwań Naczelnej Rady Lekarskiej. Opisywane prywatne ubezpieczenia zdrowotne istnieją już obecnie i nie wymagają żadnych dodatkowych regulacji. Natomiast proponowane rozwiązanie jest ubezpieczeniem od ryzyka związanego z niewydolnością obecnego systemu i rodzi poważne obawy o możliwość naruszenia konstytucyjnej zasady równości dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Projekt przyznaje nadmierne – i trudne do zaakceptowania – uprawnienia Narodowemu Funduszu Zdrowia. Rozwiązania zawarte w projekcie przerzucają koszty i odpowiedzialność za udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom, które zawarły umowę dodatkowego ubezpieczenia, w całości na prywatnego ubezpieczyciela, pomimo iż osoby te posiadają ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia i opłacają z tego tytułu składkę. Idea dodatkowych ubezpieczeń ma wtedy sens, gdy nie wszystko w publicznym systemie jest dostępne bezpłatnie. Tak więc najpierw musi być zdefiniowany koszt świadczeń (całkowicie bezpłatnych oraz częściowo współfinansowanych przez pacjenta), a dopiero potem można mówić o dodatkowych ubezpieczeniach (na te świadczenia lub część tych świadczeń, których nie finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia). Nieporozumieniem jest dodatkowe ubezpieczenie tego, co i tak Narodowy Fundusz Zdrowia ma sfinansować. Oznaczać to będzie, że pacjent „dodatkowo ubezpieczony” będzie miał większe prawo do pewnych świadczeń (choćby w postaci skrócenia kolejki) niż pacjent posiadający jedynie powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Ponadto takie „pomieszczenie” ubezpieczeń prowadzi do sytuacji, w której Narodowy Fundusz Zdrowia może wpływać na realizację umowy świadczeniodawcy z dodatkowym ubezpieczycielem, co jest rozwiązaniem kuriozalnym.

II. Uwagi szczegółowe:

1) ad art. 3 ust. 3 – procedura ustalania płatnika za koszty leczenia powikłań w praktyce z medycznego punktu widzenia często będzie niemożliwa lub bardzo skomplikowana;

2) ad art. 6:

a) ust. 1 – obowiązek wprowadzany w tym przepisie jest niedookreślony, co zapewne wywoła niekończące się spory – pacjenci otrzymujący świadczenia finansowane ze środków publicznych będą uznawać, że udzielanie świadczeń osobom posiadającym dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne w tej samej placówce (a zatem przez ten sam personel, w tych samych pomieszczeniach i przy użyciu tego samego sprzętu) ogranicza ich dostęp lub pogarsza jakość otrzymywanych świadczeń. Biorąc pod uwagę, iż – zgodnie z art. 7 projektu – spory ma rozstrzygać Narodowy Fundusz Zdrowia, można się spodziewać, że w świadczeniodawcy mający zawartą dodatkową umowę staną wobec realnego ryzyka utraty kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (a wcześniej: wysokich kar),

b) wcześniejsze przepisy sugerowały, że umowę dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego zawiera

obywatel (lub „sponsor”). Natomiast z art. 6 wynika, że świadczeniodawcy podpisują umowy z ubezpieczycielami. Pozostaje jednak nieuregulowana sprawa pacjenta, który u tego samego świadczeniodawcy chce otrzymać świadczenie odpłatnie (za własne pieniądze) i dopiero potem wystąpi do ubezpieczyciela o refundację poniesionych kosztów,

c) ust. 2 pkt 2 – przepis wskazuje, że umowa świadczeniodawcy z ubezpieczycielem będzie dążyć do listy wykonywanych procedur obowiązkowo oznaczonych według zasad stosowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia; co spowoduje, że w przypadku, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia je zmienia, trzeba będzie zmieniać także umowy dodatkowego ubezpieczenia,

d) ust. 5 – nie jest jasne, czy przepis ten wprowadza kolejną sprawozdawczość (podwójną dotyczącą list oczekujących;

3) ad art. 7 – przepis jest sformułowany w sposób niejasny, co należy uznać za niedopuszczalne z uwagi na fakt, że wprowadza on bardzo dotkliwe sankcje dla świadczeniobiorcy. Jeśli przyjąć, iż powyższy przepis ma uprawniać Narodowy Fundusz Zdrowia do rozwiązania umowy pomiędzy świadczeniodawcą a ubezpieczycielem, to takie rozwiązanie naruszałoby podstawowe zasady porządku prawnego. Umowa pomiędzy świadczeniodawcą a ubezpieczycielem będzie zawierana bowiem w oparciu o przepisy Kodeksu cywilnego, a jej treść będą kształtować obie strony umowy. Nie do zaakceptowania jest rozwiązanie umożliwiające ingerencję w ten stosunek prawny podmiotu zewnętrznego, a także nakładanie kar umownych na jedną ze stron tego stosunku. Na szczególną krytykę zasługuje przyznanie Narodowemu Funduszu Zdrowia uprawnienia do rozwiązania umowy ze świadczeniodawcą w przypadku uzyskania informacji, o których mowa w tym przepisie, bez uprzedniego przeprowadzenia jakiegokolwiek postępowania wyjaśniającego. Poza tym nasuwa się pytanie, czy zakaz opisany w ust. 2 pkt 2 powstaje z mocy prawa i, ewentualnie, czy istnieje jakiś tryb odwoływania się;

4) ad art. 8 – przepis należy uznać za kuriozalny – w praktyce zdejmując odpowiedzialność Narodowego Funduszu Zdrowia za finansowanie świadczeń dla pacjenta posiadającego dodatkową polisę (a przecież pacjent ten płaci obowiązkową składkę na ubezpieczenie zdrowotne). Oznacza to także, że ubezpieczenie dodatkowe będzie bardzo drogie;

5) ad art. 9 – przepis ten, podobnie jak art. 8 wobec Narodowego Funduszu Zdrowia, zdejmując zobowiązania z Ministra Zdrowia lub jednostki samorządu terytorialnego do finansowania świadczeń w ramach programów zdrowotnych obywatelom, którzy kupili dodatkową polisę;

6) ad art. 11 – rozwiązanie to należy ocenić pozytywnie, jednakże biorąc pod uwagę powszechnie znany brak zgody Ministra Finansów na rozszerzenie listy ulg, rosnący dług publiczny i nałożona na Polskę procedurę nadmiernego deficytu wydaje się nierealne;

7) ad art. 13 – propozycja pokrywania składek na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne z funduszu świadczeń socjalnych jest nie do zaakceptowania; gdyby to rozwiązanie zostało przyjęte, powstałaby nierówność wobec prawa w odniesieniu do samozatrudnionych, wolnych zawodów i rolników;

8) ad art. 15:

a) pkt 1 – przepis nowo tworzonego art. 136c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczący wszystkich rodzajów placówek opieki zdrowotnej, narusza swobodę zawierania umów cywilno-prawnych oraz wywołuje wątpliwości co do jego zgodności z innymi przepisami rangi ustawowej i Konstytucją RP. Jednocześnie oznacza on ryzyko, że wprawdzie nie od razu, ale stopniowo kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia mogą być redukowane do symbolicznych wymiarów,

b) pkt 2 i 3 – dot. dodawanego art. 188 ust. 2b i art. 190 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – nie ma żadnych podstaw, aby Narodowy Fundusz Zdrowia miał uzyskać dostęp do danych osobowych osób, które zawarły umowę o dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, a więc danych osób, którym nie finansuje świadczeń zdrowotnych udzielonych na podstawie tych umów i w dodatku ma mieć duży wpływ na tworzone w tym celu rozporządzenie;

9) ad art. 16 pkt 2 – uważa jak wyżej;

10) ad art. 18 – 30-dniowy termin wejścia w życie ustawy to stanowczo za mało – vacatio legis dla tak nowatorskiego rozwiązania powinno być minimum półroczne (choćby po to, aby móc ustawić naprawić, zanim wejście w życie);

11) brakuje projektu rozporządzenia na podstawie upoważnienia dodawanego w art. 15 pkt 3 art. 190 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), nie można więc w pełni ocenić proponowanych w tym zakresie regulacji.

Wobec powyższych uwag, opiniowany projekt jest nie do zaakceptowania przez środowisko lekarskie i należy go w całości odrzucić.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

WICEPREZES
Romuald Krajewski

Apel Nr 2/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 1 kwietnia 2011 r. w sprawie nowelizacji ustawy – Prawo farmaceutyczne

Naczelna Rada Lekarska wnosi o podjęcie inicjatywy legislacyjnej w zakresie niezbędnych zmian w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne i zwrócić pod względem trybu zezwalania na produkcję i wprowadzenie do obrotu produktów leczniczych homeopatycznych z innymi produktami leczniczymi. Nazwa produktu leczniczego homeopatyczny wskazuje na jego leczniczy charakter. W związku z tym, że producent, importer czy sprzedawca tego leku nie musi wykazywać zgodnie z ustawą – Prawo farmaceutyczne jakiegokolwiek skutku leczniczego tego produktu, nazwa produktu leczniczego niewątpliwie wprowadza pacjenta w błąd. Jeśli produkty homeopatyczne mają charakter leczniczy, powinny przejść procedurę jak inne produkty tego typu. Jeśli taka procedura nie jest zasadna bądź nie jest możliwa do przeprowadzenia, produkt leczniczy homeopatyczny nie powinien być objęty zapisami Prawa farmaceutycznego. Mając powyższe na względzie Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia oraz Parlamentu RP jak na wstępie.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

WICEPREZES
Romuald Krajewski



Utwory poetów z Unii Polskich
Pisarzy Lekarzy prezentowali m.in.
Ewa Wiśniewska i Marian Opania.



Teatr lubi Lekarzy. Lekarze lubią Teatr.
* Teatr i Lekarze połączyli siły dowodząc, że
medycyna jest nadal dziedziną humanistów.

JAROSŁAW WANECKI

Na artystyczne dokonania amatorów patrzymy niejednokrotnie z przymrużeniem oka i z pewną pobłażliwością. Czytając lakoniczne zaproszenie na Galowy Koncert Lekarzy ARS MEDICI na scenie Teatru Muzycznego ROMA część widzów spodziewała się miłego, ale amatorskiego spotkania, w którym swoje pasje przedstawia koleżanki i koledzy. Nic bardziej złudnego. Ponad trzygodzinny spektakl był najwyższej próby wydarzeniem kulturalnym, w pełni profesjonalnym i tym bardziej obezwładniającym, jeśli uświadomić sobie wielkie talenty muzyczne, malarskie, literackie, fotograficzne, graficzne, jakie zostały pokazane przez lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski.

Do przedsięwzięcia takich działań trzeba pasjonata, który z determinacją nie tylko rzuci pomysł, zarys realizacji i scenariusz, ale pociągnie za wszystkie sznurki, dopnie na ostatni guzik, będzie producentem i dyrygentem, pod którego batutą nagle zamilkną kulisy, by oczarować w czasie kilku taktów, paru słów czy pociągnięć pędzla na wielkim ekranie. Oto Woya wina!

Grażyna Torbicka, wprowadzająca widownię do magicznego świata na styku kultury i medycyny, nie kryła, że taka ekspresja wykonywania sztuki bardzo jej imponuje. Zabrzmiąło to najpiękniej podczas zapowiedzi profesora Adama Torbickiego, wybitnego kardiologa, którego impresja z „Pożegnania” Wojciecha Hasa była niezwykłym pokazem, jak bardzo „kochamy kino”.

Grunt żebyśmy zdrowi byli, Owacja

Ale nie tylko kino. Kolejni zasiadający za fortepianem wykonawcy muzyki klasycznej: Cezary Olszewski i Antoni Sydor, przenieśli nas w świat chopinowskich polonezów i mazurków. Dariusz Kozłowski zmierzył się z „Legendą” Henryka Wieniawskiego, a Tadeusz Płusa z porywającym „Czardaszem” Montiego. Usłyszeliśmy niezwykle głosy: Hanny Zajączkowskiej, Anny Kutkowskiej-Kass i Wandy Bargielowskiej w repertuarze operowym od Wiłkomirskiego poprzez Verdiego, Bizeta i Rossiniego, aż po pieśni musicalowe w wykonaniu Eweliny Sielskiej-Badurek.

„Operacja Muzyka” przypomniła nuty skomponowane przez Krzysztofa Komedę, a „Czarodziejski kwintet”, czyli połączone siły lekarskie z Poznania, Opola i Madrytu, zagrał Mozarta.

Grażyna
Torbicka
w podwójnej
roli: prezenterki
i żony, która
zapowiada
występ
profesora
Adama
Torbickiego.





„Operacja: Muzyka”
przypomniała utwory
kompozytora i lekarza
Krzysztofa Komedy
Trzcńskiego.

FOT.: WOJCIECH ZIEMAK

Honorowy patronat objęli: Ewa Kopacz, Hanna Gronkiewicz-Waltz i Maciej Hamankiewicz.

baka, Waltera Pyki, Marka Pawlikowskiego i Haliny Porębskiej (Naczelna Rada Lekarska) wykonali najwybitniejsi polscy aktorzy: Ewa Wiśniewska, Janusz Gajos, Jan Englert, Piotr Franczewski i Marian Opania.

Galowy Koncert Lekarzy, pod nazwą ARS MEDICI 2011, miał dwie części, a więc i dwa finały. Pierwszy, czyli Pieśń Lekarzy, wykonał Krzysztof Bielecki. Drugi wszyscy artyści, którzy wraz ze stojącą i wiwatującą widownią powtórzyli śpiewne zawołanie:

*Grunt żebyśmy zdrowi byli
w domu i urzędzie,
Grunt to zdrowie moi mili,
reszta jakoś będzie,
Grunt żebyśmy wino pili,
jeśli jest przyczyna,
Grunt żebyśmy zdrowi byli,
wivat medycyna!*

Honorowy patronat nad koncertem objęli wspólnie: minister zdrowia Ewa Kopacz, prezydent Warszawy Hanna Gronkiewicz-Waltz i prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz. Całość reżyserował dyrektor Teatru Roma Wojciech Kępczyński. Były kwiaty, choralne STO LAT dla pomysłodawcy i scenarzysty Jerzego Woya-Wojciechowskiego, była charytatywna zbiórka na Hospicjum dla Dzieci, burza braw, szelest sukien, blask biżuterii, czern garniturów i życzliwość połączona z zachwytem. Za kulisami z pewnością były także łzy szczęścia.

Kuba Sienkiewicz pytał ze sceny: „Co ja tutaj robię, co ty tutaj robisz?”, a widownia śpiewała razem z nim, „że będzie dalej tak jak jest”. I dobrze. Jesteśmy niezwykłym środowiskiem: różnorodnym, uzdolnionym, ponadprzeciętnym. Wiemy, co oznacza SZTUKA LEKARSKA. ☉

wivat medycyna!

na stojąco

Do przedsięwzięcia takich działań trzeba pasjonata... Oto Woya win!

Wypełniona po brzegi, dziewięćsetosobowa widownia długo okłaskiwała bluesy w brawurowej interpretacji kardiologów z Zielonej Góry, Sandomierza, Opola i Warszawy oraz niezwykle wzruszający powrót na scenę Krystyny Wiczorek, która wspólnie z Jerzym Woyem-Wojciechowskim, jak za dawnych lat, wspaniale zaśpiewała „Goniąc Kormorany”.

Czytam program koncertu, z którego jednoznacznie wynika, że wszyscy artyści tego wieczoru to lekarze, najczęściej czynnie wykonujący zawód, specjaliści pediatrii, genetyki, laryngologii, okulistyki, chirurgii, alergologii, neurologii, nefrologii i wspomnianej już kardiologii. W połączonych chórach (Olsztyn, Warszawa, Wielkopolska) i orkiestrach (Warszawa, Poznań), które zaprezentowały Głorię Haydna z Mszy G-dur, znajdują lekarzy dentystów i spis wszystkich niemalże specjalności. Należy dodać do tego prezentowane multimedialnie malarstwo i fotografię naszych koleżanek i kolegów z izby warszawskiej: Reginy Antczak-Rutkowskiej, Anny Boszko, Włodzimierza Cerańskiego, Zofii Bachowskiej-Musiał, Aniny Gębskiej-Kuczerowskiej, Jolanty Gradus, Anny Grzybowskiej, Zbigniewa Maciejewskiego, Wiktorii Mikulskiej, Tadeusza Wolskiego i Marka Nowackiego. Plus doskonałe Exlibrisy Krzysztofa Kmiecica z Krakowa i rysunki Olgierda Kossowskiego z Bielska-Białej.

Nie zabrakło na scenie także niezwykłych gości. Wiersze poetów skupionych wokół Unii Polskich Pisarzy Lekarzy: Aldony Kraus, Barbary Szeffer-Marcinkowskiej, Bogdana Ry-

Usłyszeliśmy
niezwykle głosy
w repertuarze
operowym
i usicalowym.



**KOMISJA KULTURY
I SPORTU OKRĘGOWEJ
WARMIŃSKO-MAZURSKIEJ
IZBY LEKARSKIEJ
W OLSZTYNIE ZAPRASZA NA
XXI ŻEGLARSKIE MISTRZOSTWA
POLSKI LEKARZY
W DN. 2-4 WRZEŚNIA W GIŻYCKU
(JEZIORO KISAJNY).**

ZGŁOSZENIA DO 31 LIPCA,
OSOBISTE, TELEFONICZNE,
FAKSEM LUB POCZTĄ
ELEKTRONICZNĄ NALEŻY
SKŁADAĆ W BIURZE
WARMIŃSKO-MAZURSKIEJ IZBY
LEKARSKIEJ W OLSZTYNIE.
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
NA WWW.WMIL.OLSZTYN.PL
W ZAKŁADCE XXI ŻMPL
2011. KONTAKT: KOMANDOR
REGAT LEK. BOGDAN KULA,
TEL. 607 229 601; SEKRETARZ
KOMISJI REGATOWEJ JOANNA
GNIADK, TEL. 605 629 090.
INFORMACJE NA STRONIE
WWW.OWMIL.OLSZTYN.PL

**VII OGÓLNOPOLSKI
MOTOCYKLOWY ZŁOT
LEKARZY
„DOCTORRIDERS” 2011**

**ODBEDZIE SIĘ W DN. 26-28 SIERPNIA
W OŚRODKU „DRESSO”**

(WWW.DRESSO.PL) W SULEJOWIE
K. PIOTRKOWA TRYB.

ZGŁOSZENIA: OIL W ŁODZI,
UL. CZERWONA 3,
93-005 ŁÓDŹ,

TEL. (42) 683 17 10 – ELŻBIETA

SADURA LUB E-MAIL:

DOCTORRIDERS@OP.PL

ELA.SADURA@HIPOKRATES.ORG

WWW.OIL.LODZ.PL LINK

DOCTORRIDERS. W ZGŁOSZENIU

NALEŻY WPISAĆ: IMIĘ,

NAZWISKO, DATĘ URODZENIA,

ADRES ZAMIESZKANIA,

TELEFON I MAIL KONTAKTOWY,

MARKĘ MOTOCYKLA, ROK

PRODUKCJI ORAZ DANE OSOBY

TOWARZYSZĄCEJ. WIĘCEJ

INFORMACJI W NASTĘPNYM
KOMUNIKACIE.



Startowali rodzice-lekarze
ze swoimi trzydziestoletnimi
dziećmi-lekarzami.

Włoski śn

38. Mistrzostwa Świata Lekarzy i Farmaceutów
w Narciarstwie Alpejskim odbyły się w Val Gardena
(Dolomity, Włochy) w dn. 24-26 marca br.

JAN PLASKACZ

Pogoda, jak to we Włoszech, bajkowa: błękitne niebo, ciepło, a warunki narciarskie... nawet mieszkańcy innych krajów alpejskich rozpytywali się w komplementach na temat konsystencji włoskiego śniegu (tzw. przyjazny beton).

Trzon 20-osobowej polskiej ekipy przygotowywał się do zawodów już od poniedziałku, pod okiem naszego trenera i opiekuna Pawła Polaka, reszta wzorem pospolitego ruszenia stawiała się przed samymi zawodami. Zawody zaczęły się w czwartek slalomem, w następnych dniach rozegrano gigant i super gigant, wszystko na jednym stoku, ale stopniowo wydłużanej trasie. Po za-

ciętej trzydniowej walce nasza reprezentacja zdobyła czwarte miejsce, po Włochach, Austriakach i Niemcach, pokonując świetnych Słowenów i Szwedów. Naszymi medalistami zostały wśród kobiet: Kasia Smolik, Kasia Pakosz, Gosia Salomonowicz oraz Jadzia Dowgiało-Smolarczyk, a wśród mężczyzn Kuba Gałaszek (złoto w gigancie!) i Wojtek Gwóźdź. O medal otarli się zajmując czwarte miejsce Andrzej Golec (absolwent Śląskiej AM pracujący w Niemczech) oraz Piotr Zagórski, Mariusz Smolik i Wacek Warzecha. Punktowane miejsca zdobyli Agata Stykała, Michał Gałaszek, Bogusław Drotief, Jacek Sroczyński oraz Jan Plaskacz. Większość z nas



ieg

startowała w tych zawodach po raz kolejny i jak zawsze pozostaną nam wspomnienia miłej sportowej atmosfery oraz wspólnie spędzonych chwil z przyjaciółmi z kraju i zagranicy.

Myśląc o naszej ekipie i tegorocznych mistrzostwach, mamy chyba lekki niedosyt, niewiele zabrakło do trzeciego miejsca, a sukces drużynowy jest co roku celem naszych zmagani, mimo osobistych ambicji każdego z nas. Zabrakło wielu świetnie jeżdżących kolegów ujawniających swoje możliwości choćby na Mistrzostwach Polski. Co prawda jeździmy na te zawody za wła-

sne pieniądze i we własnym wolnym czasie, ale w czasach pokoju udział w tych międzynarodowych zmaganiach to w moim mniemaniu miara patriotyzmu. Miejmy nadzieję, że za rok będziemy tak silni jak nas na to stać i powtórzymy sukces sprzed trzech lat stając na podium!

Co było siłą naszej reprezentacji? Moim zdaniem „długooopiekun- czy” model polskiej rodziny: tylko u nas startowali rodzice-lekarze, ze swoimi 30-letnimi dziećmi-lekarzami. W innych ekipach zjawiska wielopokoleniowości nie zaobserwowałem. Mam wrażenie, że młodzie Niemcy czy Austriacy pochłonięci są pracą, u nas dzięki pomocy rodziców jest chyba łatwiej. Należy zwrócić uwagę na siłę naszej „młodzieży”. Są to narciarze ukształtowani już w warunkach alpejskich, dla których Włoch czy Niemiec jest równorzędnym przeciwnikiem, my zaś, panowie w średnim wieku, którzy narciarską młodość zaliczyli w Karkonoszach lub Bieszczadach mamy troszkę trudniej, zwłaszcza że trzech najlepszych zawodników w klasyfikacji open, to roczniki 1958, 1954, 1957. Być może na nasze „pięć minut” trzeba będzie jeszcze poczekać.

Koleżanki i koledzy, konsolidujmy się! Za rok będzie lepiej!

**SERDECZNIE ZAPRASZAMY
LEKARZY Z KRAJU I Z ZAGRANICĄ
POSIADAJĄCYCH OBYWATELSTWO
POLSKIE DO UDZIAŁU W**

XXI MISTRZOSTWACH POLSKI LEKARZY W TENISIE „LEXUS CUP 2011”

ZAWODY ODBĘDĄ SIĘ W DN.
23-26 CZERWCA NA KORTACH
KLUBU TENISOWEGO „LEGIA”
WARSZAWA,
UL. MYŚLIWIECKA 4A.
PATRONAT: NIL, OIL
W WARSZAWIE, OIL
W KRAKOWIE. INFORMACJE
NA STRONIE POLSKIEGO
STOWARZYSZENIA TENISOWEGO
LEKARZY WWW.PSTL.ORG
ORAZ U ORGANIZATORÓW.
ZGŁOSZENIA I REJESTRACJA:
NA WWW.PSTL.ORG LUB NA
ADRES: TOP-MED JOANNA
SZAFRANEK, UL. SŁOWACKIEGO
33; 22-100 CHEŁM, FAKS 82 565
47 12. OPLATA REJESTRACYJNA
ZGODNIE Z REGULAMINEM
PSTL: CZŁONKOWIE PSTL
150 ZŁ, LEKARZE NIEZRZESZENI
W PSTL 200 ZŁ.

WPLATY DO 15 CZERWCA
NA KONTO: BANK PEKAO SA
9112404588111001037400784.
DYREKTOR TURNIEJU
DR N. MED. JOANNA SZAFRANEK,
TEL. 502 615 413

**OIL W GDAŃSKU Z HARCERSKIM
OŚRODKIEM MORSKIM
ZAPRASZAJĄ NA**

II OGÓLNOPOLSKIE REGATY ŻEGLARSKIE LEKARZY 28 MAJA (SOBOTA) ZATOKA PUCKA

BIURO REGAT: HARCERSKI
OŚRODEK MORSKI
84-100 PUCK, UL. ŻEGLARZY 1,
TEL. (58) 673 21 50, (58) 673 25 65,
REGATY@KLASAPUCK.ORG
WWW.KLASAPUCK.ORG.
INFORMACJI UDZIELA RYSZARD
TOMASZCZUK 501 184 012.
SŁAWOMIR DĘBICKI 501 674 698,
(58) 673 21 50 SPRAWY TECHNICZNE.
ZGŁOSZENIA: OIL GDAŃSK,
OIL@GDANSK.OIL.ORG.PL
TORYS@INTERIA.PL INFORMACJE
O REGATACH I ŁODZI PUCK NA
STRONIE WWW.HOMPUCK.ORG
ZAKŁADKA REGATY.

***Nasza młodzież
to narciarze ukształtowani
już w warunkach
alpejskich.***

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rok 1981

Z okazji XXX rocznicy uzyskania dyplomu lekarza organizujemy kolejne spotkanie koleżeńskie w dn. 30 września – 2 października br. w hotelu Gołurń na Wdzydżach. Zapraszamy: Bożena Nowak-Kędziora 502 305 554, e-mail: bozena-n.k@wp.pl, Beata Goworek 605 949 174, e-mail: beatagoworek@gmail.com, Mariusz Czaja 606 289 330, e-mail: czajnik50@op.pl. Szczegóły i bieżące informacje: www.absolwentus.pl

Absolwenci PAM w Szczecinie rocznik 1970-76

W dn. 30 września–2 października br. organizujemy zjazd koleżeński z okazji 35 rocznicy uzyskania dyplomów, w Pałacu Maciejewo k. Goleniowa. Przewidywany koszt uczestnictwa 660 zł. Wpłaty na konto: 1816001462184397158000 0001. Wpłaty z zagranicy: PL 1816 0014621843971580000001 + KOD BIK SWIFT PPABPL PK, z dopiskiem „Zjazd koleżeński”. Wpłaty do 31 lipca. Opłata obejmuje dwa noclegi + śniadanie, grill w piątek, obiad w sobotę, bankiet w sobotę wieczorem (możliwość skorzystania z sauny i basenu). Zapraszamy koleżanki i kolegów Wydziału Stomatologii, rocznik 1970-75. Kontakt: Bożena Gorzewska-Gorzka 608 303 912, Henryka Pruriska-Hejnis 603 506 754.

Wydział Lekarski Oddział Pediatrii i Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1961

Serdecznie zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50 rocznicy uzyskania absolutorium, 24 września br. we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo: od absolwenta 350 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 200 zł, tylko uroczystości (bez bankietu) 150 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001, do 30 czerwca, z dopiskiem „Zjazd 1961” lub bezpośrednio w OIL we Wrocławiu (II p. pok.1). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego i pamiątkowego. Zakwaterowanie we własnym zakresie (nie jest wliczone w cenę zjazdu). Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu 71 79 88 068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl. Za Komitet Organizacyjny: Danuta Aszkiełowicz, Jerzy Fonfara, Krystyna Kazimierzczak-Orzechowska, Mirosława Przyjałgowska, Jacek Szechiński

Absolwenci AM we Wrocławiu rocznik 1971

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, w dn. 7-8 października br. we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo: dla absolwenta z bankietem 350 zł, dla osoby towarzyszącej na bankiecie 250 zł, dla absolwenta – jedy-

nie część oficjalna 100 zł, przedstawienie w Operze 65 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31 maja, z dopiskiem „Zjazd 1971” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (II p. pok.1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego i z okresu studiów. Zakwaterowanie we własnym zakresie. Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu 7179 88 068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl Komitet Organizacyjny: Magdalena Koziorowska, Wanda Man-Widerska, Bogusław Romanowicz

Wydział Lekarski i Stomatologiczny AM w Poznaniu absolutorium w roku 1961

W 50 rocznicę absolutorium organizujemy spotkanie koleżeńskie 11 czerwca br. w hotelu „IKAR” w Poznaniu, ul. Kościuszki 118 (narożnik ul. Solnej). Program: godz. 12.00 kawa, godz. 14.00 Msza w kościele p.w. św. Wojciecha, godz. 19.00 bankiet. Koszt uczestnictwa: kawa 25 zł, bankiet 110 zł. Dla osób towarzyszących koszty analogiczne. Wpłaty, najlepiej niezwłocznie, na konto: S. M. Dzieciuchowicz, S. Sobisz 45 1750 0012 0000 0000 0745 7332, z podaniem aktualnego adresu. Panie prosimy o podanie nazwiska z okresu studiów i obecnego. Przy dokonaniu wpłaty po 15 maja prosimy o dodatkowe zawiadomienie. Informacje: Maciej Dzieciuchowicz, tel.: (61) 86 74 609, e-mail: dzanst@gmail.com oraz Stanisław Sobisz, tel.: (61) 85 25 782. Rezerwacja noclegu z 11/12 czerwca w hotelu „IKAR”, tel.: (61) 658 71 05 lub na stronie www.hotelewam.pl zawsze z podaniem przy nazwisku hasła „absolutorium 1961”. Ceny promocyjne tylko do 15 maja.

Uwaga! Absolwenci ŚAM Zabrze Wydział Lekarski i Stomatologii, rocznik 1960-66

Z okazji 45 rocznicy ukończenia studiów, w dn. 20-22 maja br., odbędzie się zjazd koleżeński w DW „JAWOR” w Ustroniu Jaszowcu, ul. Wczasowa 51. Koszt uczestnictwa 250 zł za pobyt dwudniowy (sobota-niedziela) oraz 350 zł za pobyt trzydniowy (piątek-sobota-niedziela). Wpłaty do 5 maja na konto: DW „JAWOR”, Nr: 51 1050 1096 1000 0022 3344 7123, z dopiskiem: Zjazd ŚAM 1960-66. Informacje w recepcji DW „Jawor”, tel.: (33) 854 23 93 lub (33) 854 39 00, e-mail: recepcja@javor.ustron.pl oraz Gabriela Słowińska-Phillipp, tel. (32) 222 61 06, kom. 601 472 562, e-mail: gabriela.ph@interia.pl; Maria Gozarzewska-Cienciała, kom. 600 255 081, e-mail: ciencialamaria@wp.pl Teresa Bromilska-Lipowczan, tel.: (32) 257 12 85, kom. 696 251 212, e-mail: lipowczan@neostrada.pl

Wydział Lekarski UJ, rocznik 1945-49

Tegoroczne spotkanie koleżeńskie odbędzie się 4 czerwca (sobota) w Krakowie. W programie: Msza św. o godz. 12.00 w kolegiacie św. An-

ny, następnie obiad w restauracji „Convivium” w Collegium Novum. Zgłoszenia udziału do 9 maja br. na adres: prof. dr hab. Helena Żygulska-Mach, ul. Friedleina 13/6, 30-009 Kraków, tel.: (12) 633 31 28.

I OGÓLNOPOLSKI KONKURS FOTOGRAFICZNY „KOŁO ŻYCIA”

KATEGORIE: I. „CZŁOWIEK”. II. „NATURA”. PRACE W FORMACIE NIE MNIEJSZY NIŻ 15 x 21 I NIE WIĘKSZY NIŻ 30 x 40 CM NALEŻY NADSYLAĆ DO SIEDZIBY OIL W CZĘSTOCHOWIE, UL. GEN. J. ZAJĄCZKA 5, DO 20 SIERNIA BR. ROZSTRZYGNIECIE KONKURSU NASTĄPI 9 WRZEŚNIA, A WERNISAŻ NAGRODZONYCH PRAC I WRĘCZENIE NAGRÓD ODBĘDZIE SIĘ 15 PAŹDZIERNIKA BR. W RAMACH OBCHODÓW 10-LECIA OIL W CZĘSTOCHOWIE. KONTAKT: ORGANIZATOR – ANNA ŻELECHOWSKA, TEL. 608 283 685.

KONKURS FOTOGRAFICZNY „MAZURY CUD NATURY!”

JEST TO HASŁO PROMUJĄCE NASZ REGION W PLEBISCYCIE NA NAJPIĘKNIEJSZE ZAKĄTKI ŚWIATA. NIE MASZ PLANÓW NA WAKACJE? MOŻE ODWIEDZISZ KRAJNĘ TYSIĄCA JEZIOR Z APARATEM FOTOGRAFICZNYM? NIEMAL KAŻDY SPĘDZIŁ TU NIEZAPOMNIANE CHWILE, PŁYWAJĄC PO NASZYCH JEZIORACH, BĄDŹ CHADZAŁ PO NASZYCH LASACH DŹWIGAJĄC PEŁNE KOSZE GRZYBÓW. CHCEMY POKAZAĆ WSZYSTKIM, ŻE WARMIA I MAZURY SĄ PO PROSTU PIĘKNE. WŁAŚNIE Z TEGO POWODU OGŁASZAMY KONKURS FOTOGRAFICZNY KIEROWANY DO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW Z KAŻDEGO ZAKĄTKA POLSKI, ABY MOGLI PODZIELIĆ SIĘ UCHWYCONYM W KADRZE OBRAZEM, SWOIM WYOBRAŻENIEM NASZEJ KRAINY.

REGULAMIN KONKURSU NA STRONIE: WWW.WMIL.OLSZTYN.PL
WARMIŃSKO-MAZURSKA IZBA LEKARSKA

Stowarzyszenie im. Mieczysława Karłowicza w Zakopanem zaprasza

MUZYKA NA SZCZYTACH	Zakopane
MUSIC ON THE HEIGHTS	17-24
III Międzynarodowy Festiwal Muzyki Kameralnej	wrzesień
III International Chamber Music Festival	2011

www.karlowicz.org

Zabawa grona działaczy samorządowych, którzy zamiast walki o sprawy korporacji majstrują przy terytorialnym podziale izb, prowokuje do ponownego postawienia sobie pytania:

Komu to służy?

Powtórka z rozrywki

» Do moich rąk trafiło pismo Andrzeja Włodarczyka, byłego szefa izby warszawskiej, byłego i obecnego wiceministra zdrowia w gabinecie Donalda Tuska, byłego wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, byłego dyrektora kilku placówek ochrony zdrowia, który proponuje Maciejowi Hamankiewiczowi powrót do pomysłu uporządkowania struktury samorządu lekarskiego poprzez dostosowanie do podziału administracyjnego kraju na województwa.

Temat przebrzmiał wraz z nowelizacją ustawy o izbach i zapisami regulaminu wyborczego. Ale, jak widać, personalne animozje i prywatne poglądy ważniejsze są od ostatecznych ustaleń i przyrzekanych na X Krajowym Zjeździe Lekarzy wyborczych deklaracji, że „nigdy więcej”.

» Okręgowe izby lekarskie toczą z Ministerstwem Zdrowia spór o pieniądze. Większość przygotowuje się do procesów sądowych o niezapłacone należności z tytułu przekazanych przez administrację państwową czynności związanych z rejestracją i orzecznictwem dyscyplinarnym. Wezwania do zapłaty i próby ugodowe,



jak na razie, nie przyniosły żadnego rezultatu. Obiecujące spotkanie przed końcem ubiegłego roku z panią minister zakończyło się połowicznym i krótkotrwałym sukcesem, w ogromnej mierze wypracowanym przez Mieczysława Szatanka, tego samego, który w styczniu 2009 roku przekonywał Konwent Prezesów, że „błędem była dyskusja o podziale izb, a przed nami wiele możliwości, które przyjąć może przywództwo Andrzeja Włodarczyka”.

» Dlaczego tak lubimy wracać do błędów i nie wykorzystujemy możliwości? Dlaczego

dokument z Miodowej proponuje zmianę struktury samorządu, kolejną roszadę personalną, niepotrzebną wewnętrzną walkę o wpływy zamiast uczciwego zwrotu kosztów poniesionych na rzecz państwa polskiego ze składek lekarskich, które nie są na to przeznaczone?

» Rozumiem, oczywiście, że to także walka o pieniądze. Większe izby to większe składki, jednolity partner na terenie województwa to ograniczenie wpływów na rzecz grup zdeklarowanych politycznie. Wiem również, że dla członków wielkich struktur

ta dyskusja i ten felieton, i ta gierka, a nawet cała sprawa samorządowa nie mają żadnego znaczenia. Odrobinię bardziej (ale też bez przesady) interesuje to małe środowisko, które swoją samorządność ustanowiły, obroniły i ciężko pracują na potwierdzenie, że izba lekarska w ich regionie nie jest instytucją anonimową, nie jest kolejnym urzędem od przewalania papierów z prawej na lewą stronę biurka.

» Chciałbym, aby mój minister zajmował się sprawami ważnymi dla mnie.

Abym nie czuł się osaczony: jako lekarz – nagonką z receptami i karami za refundację; jako szef przychodni – coraz wymyślniejszymi sposobami udowodnienia, że jestem hochsztaplerem; jako pacjent – że mam tylko kartę praw, a praw rzeczywistych nie mam żadnych; jako prezes izby – któremu przeszkadza się w spokojnej, społecznej pracy, bez pieniędzy, ale z mandatem zaufania koleżanek i kolegów, tak jak dotychczas!

» Chciałbym, aby mój minister dał mi możliwości normalnego życia i dotrzymał słowa. ○

KONKURS Z FILIŻANKĄ Przypominamy! Kolegium Redakcyjne „Gazety Lekarskiej” ogłosiło konkurs dziennikarski na reportaż o samorządzie lekarskim, którego regulamin znajduje się na stronie internetowej „GL”. Teksty zawierające nie więcej niż 5000 znaków edytorskich, wraz ze spacjami, należy przysyłać w jednym egzemplarzu na adres: „Gazeta Lekarska”, ul. Konduktorska 4, 00-755 Warszawa, z dopiskiem „REPORTAŻ Z FILIŻANKĄ” oraz na adres e-mail: konkurs@gazetalekarska.pl do 30 maja 2011 roku. Zwycięski reportaż opublikujemy, wypłacimy honorarium autorskie, a na grudniowym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej wręczymy porcelanową filiżankę, czyli nagrodę główną.



Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład 156 500 egz.

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
tel. 600 909 382

e-mail: naczelny@gazetalekarska.pl

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

Sekretarz redakcji:
Urszula Bąkowska
tel. (22) 559 02 67
e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

Redaktor prowadzący:
Marzena Bojarczuk
tel. (22) 559 02 63, 606 440 100
e-mail: m.bojarczuk@hipokrates.org

Dziennikarz:
Lucyna Krysiak
e-mail: l.krysiak@gazetalekarska.pl

Sekretariat:
Elżbieta Mon
tel. (22) 559 02 62
e-mail: redakcja@gazetalekarska.pl
Faks: (22) 559 02 61

Redaktor naczelny Biuletynu NRL:
Mariusz Janikowski
tel. 600 909 381

Redaktor wydania sieciowego:
Romuald Krajewski
e-mail: wwwgl@hipokrates.org

Stale współpracują:
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Stanisław Ciechowicz (Łódź)
Krystyna Knypl (Warszawa)
Anna Lella (Olsztyn)
Justyna Zajdel (Łódź)

Adres redakcji:
00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4
www.gazetalekarska.pl
e-mail: lekarska@hipokrates.org

**Projekt graficzny, skład,
druk, kolportaż, reklama:**
ringier
axel springer

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 52

Koordynacja wydawnicza: **Alicja Micuła**
tel. (22) 232 00 17
e-mail: alicja.micula@axelspringer.pl

Projekt graficzny: **Bogusław Kalwala**

Reklama i ogłoszenia:
Kierownik sprzedaży: **Aldona Ciosek**
tel. (22) 232 10 84, 795 146 312
faks +48 (22) 232 55 54

e-mail: aldona.ciosek@axelspringer.pl
Mateusz Gajda
tel. (22) 232 05 68, 600 064 140

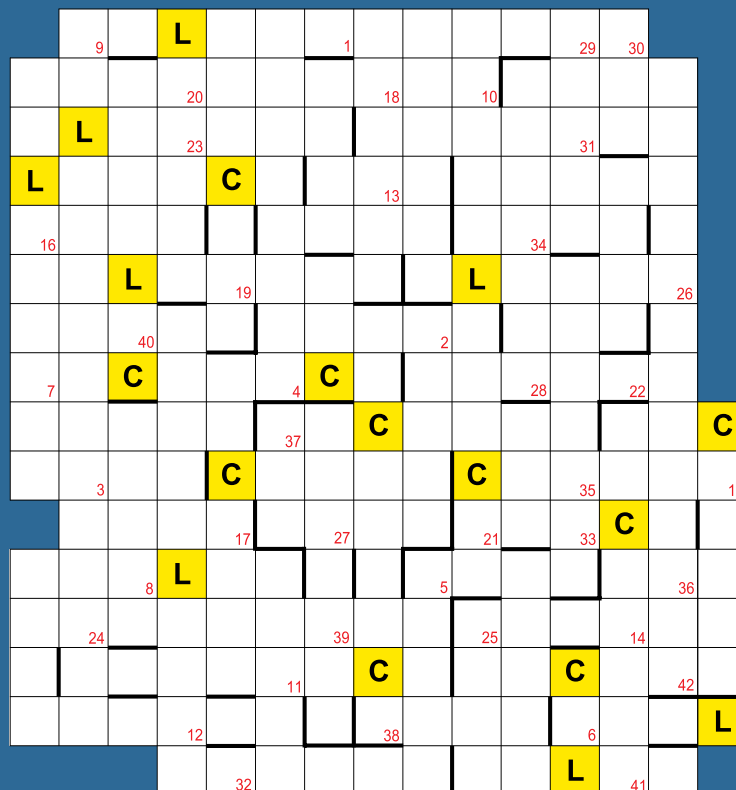
e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl
Małgorzata Gałązka
tel. (22) 232 18 01, 668 276 630

e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl
Magdalena Maj-Nowisz
tel. (22) 232 17 91, 668 304 346

e-mail: magda.maj-nowisz@axelspringer.pl
Dodatki tematyczne: **Krystyna Gdera**
tel. (22) 232 17 98, 668 526 225

e-mail: krystyna.gdera@axelspringer.pl

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótności, adustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam - 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 2001 r. - Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).



BUER

Objaśnienia
72 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery C i L. Na ponumerowanych polach ukryto 42 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na kartce pocztowej na adres redakcji do 10 czerwca br. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

varicosis • uwodziciel z Sewilli • stan z Montgomery • członek parlamentu • więzienie duszy • na Tagance • wieś ze sławnej Panoramy • Juncus w koszykarstwie • wykwinna ikra • olej wątluszowy • sypialnia niedźwiedzia • między Ostródą a Nowym Miastem • piosenka żeglarska • vaginismus • prawo (łac.) • mieszkańcy Lipiec • na tacę • gęste upierzenie zgrzebla głuszca • nauka o nosie (łac.) • brutto – netto • skafander Eskimosa • stolica Tracji • o byt • środek znieczulający miejscowo • wstępna część • autor Ulissesa • miejsce połączenia elementów metalowych • nocny motyl • wykrywanie cech charakterystycznych bakterii • -Pyciak, mistrz olimpijski • pasza treściwa • stolica stanu Perak • siekieropodobny z krzemienia • etanoloamina • bliźniaczy brat Jakuba • uświęca środki? • żubr z USA • Marian, który rozpętał wojnę • długich noży • połączenie porfiry z żelazem • nicpoń • największe jezioro Turcji • kilkakrotna pasteryzacja konserw • śpiewał o gorących dziewczynach • cząsteczka o jednakowym składzie i różnej budowie • wilczyca • pomocnica MO • między Leszmem a Głogowem • tytanit • woda mineralna • przyjmujący wiarę żydowską • gotowana na gęsto mąka kukurydziana • pustynia w Chile • część wyścigu • kapusta polna • pantera śnieżna • całokształt pogody • jarmark • angielski hrabia • Halka lub Aida • leczy choroby nowotworowe • odmiana jazzu • nadawczo-odbiorczy aparat telegraficzny • gęś lub szpak • prezydent Syrii • stres poalkoholowy • prapoczątek • prąd Kurylski • ciężar • beznoga jaszczurka • miłośnik, zwolennik • Światowa Organizacja Zdrowia

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 164 („GL” nr 3/2011)

Ciało to pasożyt duszy. Jean Cocteau

Nagrody otrzymują: Elżbieta Kaliszek (Świecie), Artur Lewandowski (Bydgoszcz), Stanisława Muck (Warszawa), Ryszard Smółka (Tarnowskie Góry), Wanda Wilczewska (Mińsk Mazowiecki), Barbara Wróblewska (Zamość).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw: Cornetis, medmedia, Urban & Partner i ZNAK („Oznaki życia” Kena Hillmana). Nagrody prześlemy pocztą.

