

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH

OKRĘGOWA
IZBA LEKARSKA

WYBORY
2013
GŁOSUJEMY!

Temat miesiąca
Dla kogo
POZ?

s. 12

Stomatologia
Promieniowanie
jonizujące

s. 28

Ochrona zdrowia w UE
Włochy – trudna ucieczka
z XIX wieku

s. 44

Spis treści



17



36



44



46

- 4 Na wstępie / R. Golański:** Koszty pracy lekarza
- 6 Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Sprawy, które łączą, a nie dzielą
- 8 Skrining**
- 10 Fundacja:** Lekarze Lekarzom
- 11 Obserwacje / S. Badurek:** Syndrom zafoliowanej głowy
- 12 Temat miesiąca:** Dla kogo POZ?
- 16 Nasi w Europie / Anna Lella:**
Przyszłam tu leczyć zęby, a nie rzucać palenie
- 17 Rozmowa o zdrowiu:** Przede wszystkim racjonalizacja
- 20 Samorząd:** Bez fajerwerków i uniesień
- 23 Wybory:** Głosujemy!
- 24 Samorząd:** To było jak pospolite ruszenie
- 25 Samorząd:** To było prawdziwe partnerstwo
- 26 Punkt widzenia / J. Małmyga:** Najważniejsze, by wybrać dobrze
- 27 Stomatologia:** Reakcja na przemoc wobec dzieci
- 28 Stomatologia:** Radiacja
- 30 Prawo i medycyna:** Uprawnienia kontrolne NFZ (część 3)
- 32 Konsultant krajowy:** Aspekty współczesnej ortodoncji
- 34 Praktyka lekarska:** Higiena rąk to bezpieczna opieka
- 36 Praktyka lekarska:** Mobilność wciąż się liczy
- 38 Praktyka lekarska:** Po sprawność do kolejki
- 40 Praktyka lekarska:** Dylematy etyczne
- 42 e-Doktor:** Kalkulacja i obawy
- 44 Ochrona zdrowia w UE:** Włochy – trudna ucieczka z XIX wieku
- 46 Indeks korzyści:** Stan umysłu
- 48 Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Ślady po Barbarze
Listy do redakcji: Wpadka z opaskami
- 49 Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Anatomia codzienności
- 50 Listy do redakcji:** O powołaniu i poczuciu obowiązku raz jeszcze
- 52 Błąd malarski:** Cesarz na emeryturze
- 54 Kultura:** Wiersze w drodze
- 56 Kultura:** Ogólnopolski Konkurs Literacki
- 57 Sport**
- 58 Ogłoszenia**
- 64 Komunikaty**
- 65 Epikryza (32) / J. Wanecki:** Leszczyna
- 66 Jolka lekarska**

23-26 maja
W Krakowie odbędzie się VIII
Kongres Polonii Medycznej
współorganizowany przez
NIL, pod patronatem
medialnym „Gazety Lekarskiej”.
Więcej informacji na www.kongrespoloniimedycznej.com.

WYBORY WYBORY

Czerwiec
Głosujemy!
Weź udział
w wyborach
i wybierz samorząd
na kolejną kadencję!

Uwaga, KONKURS!
Naczelna Izba Lekarska
ogłasza Ogólnopolski
Konkurs Literacki „Historia
Zdrowia i Choroby”.
Więcej na s. 56



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GŁ”

Koszty pracy lekarza

Na pytanie, co to są tytułowe koszty pracy lekarza, zapewne padłoby wiele różnych odpowiedzi. Sądzę jednak, że większość z nich byłaby związana z budżetem placówek medycznych.

Od wielu lat słyszymy od organizatorów lecznictwa, tych na poziomie ministerialnym i tych na poziomie małego, powiatowego szpitala, że koszty pracy personelu to największa pozycja w całym budżecie. Gdyby kończyło się tylko na takiej informacji, nie byłoby problemu. Takie słowa słyszymy jednak najczęściej w kontekście zadłużenia szpitali, z jasną sugestią, że jest to sytuacja niewłaściwa. Wielu z nas boleśnie odczuło konsekwencje takiej opinii. Najprostszym sposobem zmniejszenia kosztów funkcjonowania szpitala czy przychodni jest od zawsze zmniejszenie zatrudnienia. Wielu lekarzy w ciągu ostatnich kilku lat musiało z tego powodu szukać nowego pracodawcy – w kraju lub za granicą. Czas największych redukcji w tej sferze mamy już chyba za sobą. Teraz borykamy się z propozycjami pracy za mniejsze wynagrodzenie albo w zmienionej formie zatrudnienia – takiej, która jest mniej obciążająca dla „podmiotu leczniczego”. Chciałbym zaproponować inne spojrzenie na koszty naszej pracy. Skłoniła mnie do tego wypowiedź pewnej młodej lekarki, pracującej od niedawna w tym samym szpitalu co ja. W poniedziałek dzieliła się z nami informacjami o wydarzeniach, które miały miejsce na jej piątkowym dyżurze. Nie wchodząc w szczegóły, wystarczy powiedzieć, że przepracowała bez przerwy dwadzieścia cztery godziny. Ciężkiej pracy towarzyszyły nieuniknione w takich okolicznościach emocje. Usłyszeliśmy z ust tej młodej kobiety, wychowującej

małe dziecko, że przez dwa dni weekendu z trudem przychodziła do siebie. Była szczęśliwa, że nie miała w te dni dyżuru i że nie ma go w poniedziałek.

Nikt nie jest w stanie policzyć ani zmierzyć, jakie osobiste i rodzinne koszty ponosi lekarz wykonujący swój zawód. My sami często nie zdajemy sobie z tego sprawy. Od stażu podyplomowego, poprzez lata robienia specjalizacji, po emeryturę przywykliśmy do ciężkiej pracy. Wiedzę potrzebną do wykonywania zawodu zdobywamy od pierwszego roku studiów do ostatniego dnia leczenia pacjentów. Paradoksem jest, że zalecamy naszym pacjentom higieniczny tryb życia. Uprzedzamy ich o konsekwencjach braku wypoczynku, nieprawidłowego żywienia oraz negatywnego wpływu sytuacji stresowych na stan organizmu człowieka. Tymczasem wielu lekarzy zamiast świecić przykładem, może stanowić przykład negatywny. Często w natłoku spraw zatracamy się w swojej lekarskiej „robocie”. Przykro to stwierdzić, ale czasami dopiero choroba albo rodzinny dramat powodują, że inaczej patrzymy na siebie, najbliższych i otaczający nas świat. Patrząc na sprawy z tego punktu widzenia, jasno mogę stwierdzić, że nikt nie jest w stanie policzyć, ile wynoszą koszty pracy lekarza, nie ma też metody, która pozwoliłaby to zmierzyć. Bardzo żałuję, bo gdyby taki pomiar był możliwy, to chętnie widziałbym porównanie kosztów pracy w naszym zawodzie z innymi. Myślę, że mielibyśmy wówczas bardzo poważny argument w dyskusji o naszych wynagrodzeniach. ■

Migawka

– IZBA TO MY. TO NIE BUDYNKI, ALE SPOŁECZNOŚĆ, KTÓRĄ TWORZYMY – POWIEDZIAŁ PRZEWODNICZĄCY KOMISJI DS. LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW NRL, DR KAZIMIERZ KŁODZIŃSKI, PODCZAS SPOTKANIA SENIORÓW, KTÓRE ODBYŁO SIĘ 22 KWIEŃNIA W SIEDZIBIE NIL W WARSZAWIE. Przybyli na nie przedstawiciele okręgowych komisji z całej Polski, by przedstawić sprawozdania z działalności swoich organizacji, wymienić doświadczenia i podzielić się planami na przyszłość.



FOTO: Marta Jakubiak

Specjalizacje po nowemu

1 lipca 2011 r. weszły w życie przepisy zmieniające
zasady odbywania specjalizacji lekarskich.

Od 9 stycznia 2013 r. obowiązują szczegółowe zasady szkolenia specjalizacyjnego określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. 2013 r., poz. 26).

W wykazie specjalizacji lekarsko-dentystycznych nie zaszły zmiany, wykaz specjalizacji lekarskich powiększył się o: choroby płuc dzieci, endokrynologię ginekologiczną i rozrodczość, endokrynologię i diabetologię dziecięcą, gastroenterologię dziecięcą, intensywną terapię, nefrologię dziecięcą, pediatrię metaboliczną, perinatologię; medycynę transportu zastąpiły: medycyna lotnicza oraz medycyna morska i tropikalna.

Specjalizacje odbywane będą według modułu jednolitego (28 specjalizacji lekarskich i wszystkie lekarsko-dentystyczne) albo jednego z modułów podstawowych (2-3-letnich) i modułu (modułów) specjalistycznych (2-4-letnich). Rozporządzenie przewiduje również specjalizacje, które można odbywać po zakończeniu specjalizacji „bazowej” (lub posiadając specjalizację I albo II stopnia).

Moduły podstawowe dla szkolenia specjalizacyjnego to: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, otolaryngologia, patomorfologia, pediatria.

Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego ma być składany w for-

mie elektronicznej, a następnie, jako wydruk, w formie papierowej przesyłany do wojewody właściwego dla miejsca odbywania specjalizacji. Wnioski składa się odrębnie dla rezydentur i trybu pozarezydenckiego, w jednym terminie tylko w jednej dziedzinie medycyny.

Kwalifikacje do odbywania specjalizacji prowadzi się w trybie konkursowym. Zasady punktacji nie odbiegają od dotychczasowych.

Lekarze odbywający specjalizację są zobowiązani do zawiadamiania o zaliczeniu szkolenia oraz o jego każdorazowym przedłużeniu.

Pewnym zmianom uległy formy szkolenia teoretycznego. Kurs specjalizacyjny wprowadzający nie obejmuje już wprowadzenia do medycyny rodzinnej, a pojawiły się zagadnienia bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej dotyczące bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy. Wprowadzono kursy specjalizacyjne dla poszczególnych specjalizacji, jednolity kurs ratownictwa medycznego (poza specjalizacją z medycyny ratunkowej) i prawa medycznego. Przewidziana w ramach samokształcenia praca naukowa może mieć kilku współautorów. W ramach wykonywania zabiegów i procedur medycznych nie mówi się już o uczestnictwie w nich w charakterze drugiej asysty. Odbyty i zaliczony kurs w dzie-

dzinie zdrowia publicznego nie musi być powtórzony przy kolejnej specjalizacji, jeśli rozpocznie się ją w ciągu 7 lat od jego zaliczenia.

Zmiana miejsca odbywania specjalizacji w trybie rezydentury możliwa jest po upływie jednego roku (nie wiąże się jej poza terenem województwa).

Specjalizacja kończy się złożeniem Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES). Zgłoszenie do PES następuje w formie elektronicznej, ale wraz z załącznikami musi również zostać przesłane w formie papierowej (przy powtórnych egzaminach nie składa się już załączników). Nieuzupełnione braki formalne wniosku powodują pozostawienie go bez rozpoznania. Na podstawie zawiadomienia o terminie PES lekarzowi przysługuje 6-dniowy urlop szkoleniowy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia. PES składany jest w formie egzaminów testowego i ustnego. Dotychczasowe przepisy przewidywały możliwość trzykrotnego (wyjątkowo 4-krotnego) składania PES. Obecnie przepisy przewidują, że czwarte i następne podejścia do tego egzaminu są płatne. Opłata ta nie może być wyższa niż 25 proc. przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Sprawy, które łączą, a nie dzielą

Z zadowoleniem przyjąłem kwietniowe orzeczenie Naczelnego Sądu Administracyjnego w sprawie wytoczonej przez jeden ze szpitali przeciwko oddziałowi NFZ.

NSA orzekł, że oferty składane w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są informacją publiczną, powinny więc być udostępniane świadczeniodawcom. Liczę, że od tej chwili dostęp każdego świadczeniodawcy do ofert innych świadczeniodawców biorących udział w konkursie będzie możliwy. Ufam również, że w tym względzie będzie stosowana zasada jednakowego traktowania świadczeniodawców, która – zdaniem samorządu – powinna być stosowana na każdym etapie postępowania. Podobna dyskusja przetoczyła się ostatnio również w kwestii udostępniania zadań testowych egzaminu specjalizacyjnego. Uważam, że każdy lekarz, który chce się z nimi po egzaminie zapoznać, powinien mieć taką możliwość. W świetle orzecznictwa sądów administracyjnych nie ulega wątpliwości, że zadania testowe wykorzystane podczas Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego organizowanego przez CEM stanowią informację publiczną. Gdyby nie norma prawna ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty obowiązywałyby zasady ustawy o dostępie do informacji publicznej. Dlatego też naszym zdaniem zapisy ustawy o zawodach wymagają w tym zakresie pilnej zmiany. Tym bardziej, że narusza to art. 61 Konstytucji RP. Czyżby i w tym zakresie NRL musiała złożyć kolejną skargę do Trybunału Konstytucyjnego, gdyż politycy zdają się już tylko reagować na jego wyroki?

Wielu młodych lekarzy głosi, że system specjalizacyjny to fikcja. Mówią, że są tanią siłą roboczą, czują się dyskryminowani i wykorzystywani. Komentarze zostały zebrane w Katowicach podczas konferencji poświęconej szkoleniu specjalizacyjnemu. O trudnym dostępie do niektórych specjalizacji samorząd lekarski mówi od lat, rok w rok walczymy o zwiększenie miejsc rezydentckich. Zgodzę się, że nie każdy może dostać miejsce, które sobie wymarzył, a wielka to szkoda dla nas wszystkich, bo nie ma jak fachowiec i hobbysta w jednym. Młodzi podkreślali jednak, że jeśli już dostaną miejsce, które sobie wymarzyli, to często program nie wygląda tak, jak go sobie wyobrażali. Wiele czynności postrzegają jako zbyt trudne, pacjentów – jako zbyt skomplikowanych, pracę na SOR – jako tę tylko dla bardziej doświadczonych. Przypominam sobie podobne odczucia, kiedy jako młody lekarz wykonywałem różne polecenia starszych kolegów. Czuję tę samą niepewność. I tę niepewność widzę teraz u świeżo

upieczonych lekarzy po stażu. I jednego nie potrafię sobie wyobrazić – o ile większa będzie ta niepewność, kiedy stażu podyplomowego zabraknie...?

Majowy tytuł nadany w poprzednim numerze mojej rubryce „Nie jest łatwo i nie będzie” w całej swojej wymowie przeniósł się na skrzynkę e-mailową, na którą otrzymałem listy od Koleżanek i Kolegów lekarzy rodzinnych wysyłane z różnych stron Polski. Na pewno publiczna dyskusja nad systemem POZ jest potrzebna, więc wystosowałem w tej sprawie list otwarty i wszystkich zainteresowanych zapraszam do zapoznania się z nim na stronie internetowej www.nil.org.pl.

Podkreślam, że nie było moim zamiarem urażenie kogokolwiek, a już na pewno nie było moim zamiarem stwarzanie podziałów w naszym środowisku.

Pomoc lekarza dla lekarza to sprawa wielkiej wagi. Pamiętam swój entuzjazm z pomysłu utworzenia przy okręgowych izbach lekarskich stanowisk pełnomocników ds. zdrowia. Ten entuzjazm we mnie nie ustał i podziwiam pracę i poświęcenie, jakie towarzyszą pomocy lekarzom chorym. Z podobnymi emocjami przyjmuję każdy przypadek gotowości do przyjęcia chorego lekarza przez kolegę lekarza do swojego ośrodka, z wyjątkowym szacunkiem i poszanowaniem. Takim ośrodkiem, który pomaga naszym Koleżankom i Kolegom lekarzom jest Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu prowadzone przez prof. Mariana Zembałę. W ostatnich czterech miesiącach z jego pomocy skorzystało 19 lekarzy. Dziękuję, Panie Profesorze! Jest Pan naszym najlepszym samorządowym Pełnomocnikiem ds. Chorób Serca, bo sam Pan zaproponował pełnienie tej roli dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce.

Samorząd lekarski od momentu jego reaktywowania 24 lata temu poza służebną i opiniotwórczą rolą stanowi kuźnię kadr dla organizatorów ochrony zdrowia. Wiele szlifów uzyskanych w samorządzie przydaje się w późniejszej pracy nie tylko w kraju, ale też poza jego granicami. Na ostatnim posiedzeniu ERO-FDI nasza Koleżanka Anna Lella została wybrana Prezydentem Elektem tej organizacji. Gratuluję! Cieszę się bardzo wraz ze wszystkimi osobami oddanymi samorządowi, bo wybory naszych Koleżanek i Kolegów na wysokie stanowiska w organizacjach międzynarodowych świadczą dobitnie o wartości naszej izby. ■

*Zgadzam się
w pełni ze
stwierdzeniem
grupy
rezydentów
i młodych
lekarzy
rodzinnych, że
lekarz rodzinny
nieustannie
napotyka
w swej pracy
na liczne
utrudnienia,
w tym
niekorzystny
model
finansowania
i niekorzystne
zarządzenia
NFZ.*



W trzecim odcinku serialu „Lekarze” emitowanym przez telewizję TVN pojawiła się okładka „Gazety Lekarskiej”

Odwołanie do SN

19 kwietnia br. Sejm RP przyjął nowelizację ustawy o izbach lekarskich, która wykonuje wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 29 czerwca 2010 r. dotyczący niekonstytucyjności przepisu ograniczającego prawo lekarzy do wnoszenia odwołań do sądu od kończących postępowanie dyscyplinarne orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego. Nowelizacja przewiduje, że zasadą dla wszystkich zawodów medycznych oraz dla lekarzy weterynarii będzie nadzwyczajny środek odwoławczy w postaci prawa złożenia do Sądu

Najwyższego kasacji od orzeczenia sądu dyscyplinarnego drugiej instancji. Przewiduje też zmiany w zakresie wznowienia postępowania dyscyplinarnego oraz ujednolicenie zasad dochodzenia odszkodowania na skutek uniewinnienia w postępowaniu wznowieniowym. Lekarz ukarany w drugiej instancji przez Naczelny Sąd Lekarski karą upomnienia bądź nagany będzie miał prawo odwołać się do Sądu Najwyższego. Dotychczas mógł to zrobić jedynie lekarz pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub zawieszony w prawie wykonywania zawodu. Nowelizacja zostanie teraz rozpatrzona przez Senat.

List do Tomasza Lisa

W związku z publikacjami zamieszczonymi w tygodniku „Newsweek” (Nr 16/2013; okładka, wywiad z Bartłojem Bonkiem i materiał prasowy pt. „Nieludzki poród”) oraz wyemitowanym programie telewizyjnym „Tomasz Lis na żywo” (TVP2, 15.04.2013 r.) prezes NRL Maciej Hamankiewicz wystosował list do redaktora Tomasza Lisa. Jak zaznacza Prezes NRL, duża dawka emocji przekazywana w tak trudnym temacie spowodowała, że odbiór społeczny również musiał być bardzo emocjonalny. Niestety dosyć jednostronne przedstawienie tematu mogło spowodować wrażenie, że zdrowe i szczęśliwe dzieci mogą rodzić się jedynie wtedy, gdy porodowi nie towarzyszy lekarz położnik: „Daleko mi od oceniania przypadków opisanych w materiałach, gdyż tym zajmują się już odpowiednie organy, ale problem wskazań do cesarskiego cięcia powinien być prezentowany w sposób wyważony i przemyślany. Obawiam się, że wezwanie Pana Bartłoję Bonka, by nie ufać lekarzom, może zostać wysłuchane. Ale do czego ono doprowadzi? Wskazywanie problemów przez media może służyć ich rozwiązywaniu z korzyścią dla społeczeństwa, ale pod warunkiem, że ukazane zostaną różne aspekty problemu i różne poglądy na dany temat”. Prezes NRL wyraził w liście stanowcze oczekiwanie, że pan redaktor przedstawi teraz widzom opinie lekarzy ekspertów, co umożliwi lepszą ocenę tematu i zmniejszy nieuzasadniony niepokój przyszłych matek.

Paragony fiskalne

Czy na paragonie fiskalnym urzędnik zobaczy leczenie kanałowe, znieczulenie, implanty, protezę zębową? Czy

w kasie fiskalnej będzie trzeba stworzyć rodzaj poważnej encyklopedii medycznej? Czy to nie naruszy tajemnicy lekarskiej? O interpretację prawa podatkowego i odpowiedź na pytanie, jak szczegółowe dane identyfikujące usługę powinien wpisać na paragonie fiskalnym lekarz lub lekarz dentyista prowadzący działalność leczniczą poprosił Ministra Finansów Prezes NRL. Do dnia 1 kwietnia 2013 r. w przypadku usług świadczonych przez lekarzy i lekarzy dentyistów wystarczające było wpisanie na paragonie fiskalnym jedynie informacji, że udzielono usługi medycznej wraz z dodatkowym oznaczeniem pozwalającym odróżnić usługi medyczne zwolnione od VAT od usług opodatkowanych podatkiem VAT. Z dniem 1 kwietnia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 14 marca 2013 r. w sprawie kas rejestrujących. Wprowadzenie w nim zapisu, że paragon fiskalny ma jednoznacznie identyfikować usługę rodzi pewne wątpliwości interpretacyjne. Pojawiają się głosy, że takie brzmienie przepisu będzie skutkowało koniecznością dokonywania przez lekarza czy lekarza dentyistę szczegółowego opisu wykonanych procedur medycznych. Zdaniem NRL szczegółowe opisywanie na paragonie fiskalnym usług wykonanych w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej rodzi poważne zastrzeżenia ze względu na obowiązek zachowania przez lekarza tajemnicy lekarskiej (art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty). Zamieszczenie na paragonie szczegółowego wyliczenia wykonanych procedur mogłoby narazić pacjenta na ujawnienie tajemnicy lekarskiej osobom nieuprawnionym.

Dla lekarzy z I stopniem

Prezes NFZ podjęła inicjatywę zmierzającą do realizacji postulatu zgłoszonego w apelu NRL z lutego 2013 r. w sprawie kontraktowania świadczeń specjalistycznych, w którym NRL zwracała się z prośbą o wprowadzenie zmian warunków kontraktowych świadczeń zdrowotnych umożliwiających wykonywanie świadczeń specjalistycznych lekarzom i lekarzom dentyistom posiadającym I stopień specjalizacji. Propozycja znalazła się w projektach zmieniających zarządzenia: w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zmarnowane druki

Apel Prezesa NRL do Prezesa NFZ o możliwość wykorzystania „starych” druków do wystawiania recept, które pozostały lekarzom z uwagi na wprowadzenie nowych numerów indywidualnych recept w ramach systemu refundacji, pozostał bez odpowiedzi. Prezes NFZ nie wskazała, czy widzi możliwość, aby pozostała znaczna liczba wydrukowanych recept opatrzonych nieaktualnymi numerami indywidualnymi recept może być wykorzystana do ordynacji lekarskiej poza systemem refundacji. Tysiące takich druków będą musiały zostać wyrzuconych, co oznacza ogromne marnotrawstwo papieru. ■

Lekarze Lekarzom

**Marta
Jakubiak**

Właśnie rozpoczyna działalność fundacja powołana do życia po to, by wspierać lekarzy poszkodowanych przez los. Pomóżmy jej, by ona mogła zacząć pomagać innym.

Po powodzi, która w 2010 r. zalała Sandomierz i południowe części Polski, wśród członków Naczelnej Rady Lekarskiej w sposób naturalny zrodziła się potrzeba niesienia wsparcia osobom poszkodowanym przez wielką wodę. – Ucierpiało wówczas wielu lekarzy. Podczas majowego Konwentu Prezesów długo dyskutowaliśmy, co zrobić, by pomóc poszkodowanym koleżankom i kolegom. Mieliśmy różne pomysły na zdobycie środków finansowych na ten cel. Pojawił się jednak istotny problem: niezależnie od tego, ile zbierzemy pieniędzy i skąd je pozyskamy, część z nich trzeba będzie oddać do urzędu skarbowego – nie będziemy mogli tak po prostu ich przekazać, bo prawo nakazuje opodatkować każdą kwotę przekazaną przez podmioty, które nie prowadzą działalności charytatywnej – wspomina Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom i jednocześnie inicjator jej ustanowienia. Wszystkie pieniądze przekazywane wówczas powodziarzom zostały opodatkowane przez urząd skarbowy, z czego niezadowolone były wszystkie strony: obdarowywani, darczyńca i NIL, który pośredniczył w przekazywaniu wsparcia finansowego. I właśnie wtedy zrodził się pomysł na rozwiązanie tego problemu: Naczelna Rada Lekarska powinna ustanowić fundację. Tak się wszystko zaczęło.

Na mocy uchwały NRL Nr 34/10/VI z 3 września 2010 r. powołano do życia Fundację Lekarze Lekarzom. W maju 2011 r. uzyskała ona osobowość prawną. Pod koniec lutego 2012 r. otrzymała wpis do KRS i stała się organizacją pożytku publicznego, która może po dwóch latach od rozpoczęcia działalności zbierać 1% podatku. – Jesteśmy właściwie na początku drogi, ale na szczęście mamy za sobą zmuśną drogę rejestracji i możemy zacząć naprawdę działać i pomagać. Nie ukrywam, że podchodzę do tego z ogromną obawą i biciem serca. Nie wiem, czy nam się uda. Gdzieś w środku mam jednak ogromne pokłady nadziei i jednocześnie determinacji podsyconej świadomością, że jest wiele obszarów, gdzie wsparcie jest potrzebne i wielu lekarzy, którzy na nie czekają – zwierza się Mariusz Janikowski.

Zgodnie z założeniami, fundacja będzie przede wszystkim: • udzielać pomocy finansowej lekarzom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej, z powodu następstw klęsk żywiołowych, ale też innych nadzwyczajnych okoliczności; • wspierać materialnie owdowiałych małżonków lekarzy; • organizować pomoc dla szczególnie uzdolnionych dzieci lekarzy

będących w trudnej sytuacji finansowej; • prowadzić działalność w zakresie pomocy materialnej lekarzom emerytom, rencistom i kolegom niewykonującym zawodu, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej.

Jak fundacja planuje zrealizować ten cel? Poprzez udzielanie wsparcia finansowego w formie zapomóg bezzwrotnych i zwrotnych oraz stypendiów; dofinansowywanie zabiegów medycznych i rehabilitacyjnych, pobytu w sanatoriach lub domach opieki społecznej; organizowanie pomocy rzeczowej.

Wszystkie osoby współtworzące fundację działają w niej pro publico bono. Widzą nieszczęścia innych i głęboko wierzą, że ich działalność ma sens, bo wielu lekarzom potrzebna jest pomoc – nie tylko interwencyjna w czasie klęsk żywiołowych, ale taka na co dzień, bo przecież doskonale wiemy, że czasem życie doświadcza okrutnie i na ogół znieśc, w różny sposób i nie wybiera ani wedle wieku, ani podług stanowiska.

W skład Zarządu fundacji wchodzi: Mariusz Janikowski (prezes), Leszek W. Dudziński (członek), Paweł Wróblewski (członek). Wśród członków Rady fundacji znaleźli się: Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Marek Jodłowski i Krzysztof Szuber.

Ponieważ fundacja nie prowadzi działalności gospodarczej, jedynym źródłem pozyskania środków finansowych na jej cele statutowe są datki od darczyńców. Myślę, że każda inicjatywa, która podejmowana jest dla dobra innych ludzi, zasługuje na to, by dostać swoją szansę i udzielenie jej wsparcia.

Wpłaty dobrowolne prosimy przekazywać na:

Fundacja Lekarze Lekarzom

ul. Jana Sobieskiego 110

00-764 Warszawa

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

Przyda się nawet symboliczna kwota i każde wsparcie, np. promocja działań fundacji i rekomendowanie jej działalności potencjalnym sponsorom.

Osoby chętne do włączenia się w działania Fundacji Lekarze Lekarzom proszone są o kontakt: fundacja@hipokrates.org, tel. 22 559 13 35. ■

Ponieważ fundacja nie prowadzi działalności gospodarczej, jedynym źródłem pozyskania środków finansowych na jej cele statutowe są datki od darczyńców.

 **Fundacja
Lekarze
Lekarzom**

Syndrom zafoliowanej głowy

Rok 1989 obudził nadzieje na zbudowanie w Polsce społeczeństwa obywatelskiego. Widząc entuzjazm spragnionych wolności tłumów, idących głosować w „pierwszych, wolnych wyborach”, i kolejki po nowy numer, wówczas zaledwie kilkustronicowej i wydawanej na fatalnej jakości papierze „Gazety Wyborczej”, nie było to oczekiwanie na cud.

A jednak już na początku lat 90. zaczęły się ukazywać analizy wyjaśniające, dlaczego o stworzenie wspomnianego społeczeństwa obywatelskiego może być u nas niełatwo. Ci, którzy tak diagnozowali, nie pomylili się. Trzeba dodać: niestety, nie pomylili się. Bo bez silnej pozapaństwowej infrastruktury, czym w istocie jest społeczeństwo obywatelskie, demokracja to nic więcej jak tylko rusztowanie służące do legalnego wspinania się po szczeblach kariery, najlepiej w asyście krewnych i znajomych. Fakty są takie, że w samodzielne życie wchodzi właśnie drugie w III RP „nieobywatelskie” pokolenie. Jest to kolejna generacja nafaszerowana tumiwiśtami, którzy oamienią namiastką materialnej stabilizacji nie chcą albo nie są w stanie zauważyć, że to wszystko na lichwiarski procent i niczym głupiec z Mickiewiczowskiego czterowersza sądzą, że „niech sobie źródło wyschnie w górach, byleby mi płynęła woda w miejskich rurach”.

Nasza grupa zawodowa, było nie było elitarna, chociażby ze względu na to, że złożona wyłącznie z ludzi z wyższym wykształceniem, nie jest tu żadną zieloną wyspą. Mało tego, możemy służyć za przykład środowiska, które nie potrafiło wykorzystać podstawionego pod nos „złotego rogu”. U zarania postpeerelowskiej Polski byliśmy dużo bardziej jednolitym środowiskiem niż dziś. Pracowano na etatach, a faktycznymi pracodawcami byli dyrektorzy placówek medycznych, a nie kasy chorych (pojęcia NFZ nikt wtedy nie znał). Nie było mediów gotowych wydrapać nam oczy pod byle pretekstem. Walka o własne interesy w nowej gospodarce i politycznie rzeczywistości nikogo nie dziwiła, bo działo się tak w wielu gałęziach gospodarki. Był to idealny czas, by zewrzeć szeregi i upomnieć się o swoje. Z pomocą związków zawodowych i zwróconego nam, a skasowanego zaraz po wojnie przez komunistyczne władze, samorządu. Skończyło się na chwilowych pomrukach niezadowolonia. Nie wiem,

co wtedy nas tak odurzyło. Pożerane przez galopującą inflację podwyżki za czasów premiera Mazowieckiego? Naiwna wiara w dobrych wujków w kolejnych rządach? A może strach przed zwolnieniami, podsycany przez polityków wmawiających, że jest nas za dużo?

Dziś „złotego rogu” już nie ma. Roi się za to od kontestatorów głoszących, że izby są zupełnie niepotrzebne, bo „nic nie robią, a tylko biorą pieniądze”. Rozumiem krytykę, bo sam nie jestem zadowolony z dokonań samorządu. Boli mnie natomiast, że najgłośniejszymi krytykantami są na ogół ci, którzy do pracy w samorządzie nawet się nie dotknęli, tudzież frustraci mający w życiu niewiedzę i niechęć do zmian. Czytam nieraz na forach internetowych, a zdarza się – słyszę na własne uszy, o „Gazecie Lekarskiej” i biuletynach izb okręgowych: „Ja tego nawet nie odfoliowuję. Od razu ląduje w koszu”. Żeby jeszcze szły za tym kozakowaniem propozycje, co w zamian. Bo oczywiście da się samorząd lekarski rozwiązać. Kto ustanowił, ten może znieść – mówi jedna z zasad prawa rzymskiego. Z punktu widzenia zarządzających rusztowaniem byłoby to posunięcie korzystne. Można by za jednym zamachem wyeliminować krytycznego recenzenta, a społeczeństwo nakarmić bon motem o „otwarcie lekarskiego zawodu”. Scedowane na izby zadania administracji państwowej zostałyby przejęte przez państwo. To jego instytucje prowadziłyby m.in. rejestr lekarzy, wydawałyby prawa wykonywania zawodu i rejestrowały praktyki. Sprawy kierowane do rzeczników odpowiedzialności zawodowej trafiałyby do prokuratorów. Przestałyby istnieć sądy lekarskie. Zniknęłyby struktury prowadzące działalność samopomocową dla lekarzy i ich rodzin. Ucierpiałby lekarski sport i kultura. Czy rzeczywiście tak byłoby lepiej?

Mamy w samorządzie rok wyborczy. „Gazety Lekarskiej” i biuletynów możemy oczywiście nadal nie odfoliowywać. Ale jeśli nie odfoliujemy własnych głów, sami trafimy do takiego czy innego kosza. ■



**Sławomir
Badurek**

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

*Możemy służyć
za przykład
środowiska,
które nie
potrafiło
wykorzystać
podstawionego
pod nos
„złotego rogu”.
U zarania
postpeerelowskiej
Polski byliśmy
dużo bardziej
jednolitym
środowiskiem
niż dziś.*

Lidia
Sulikowska

Dla kogo POZ?



Resort zdrowia chce zreorganizować podstawową opiekę zdrowotną. W planach jest rozszerzenie definicji lekarza POZ. Środowisko lekarskie jest w tej sprawie podzielone. Zmiany mają też dotyczyć nocnej i świątecznej opieki lekarskiej. Budzą one jednak mniej kontrowersji.

czy
pediatrzy?



Ministerstwo Zdrowia chce umożliwić udzielanie świadczeń z zakresu POZ lekarzom, którzy posiadają specjalizację I stopnia z medycyny ogólnej lub specjalizację I/II stopnia / tytuł specjalisty chorób wewnętrznych lub **pediatrii** (chodzi o osoby, które nie posiadały ww. kwalifikacji 29 września 2007 r., czyli wtedy, kiedy weszła w życie nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, która znacząco ograniczyła dostęp do POZ). Warunkiem będzie udzielanie przez nich świadczeń w co najmniej dwuosobowych zespołach (**internista** + **pediatra** / inny lekarz POZ; **pediatra** + inny lekarz POZ). MZ argumentuje w piśmie przesłanym do redakcji GL, że ta zmiana zwiększy dostępność do świadczeń z zakresu POZ, szczególnie dla dzieci, bo choć wzrasta liczba lekarzy **rodzinnych** (z 6,5 tys. w 2002 r. do 10 tys. 358 lekarzy obecnie), to nadal jest ich zbyt mało jak na potrzeby POZ.

Interniści na tak

O powrót młodszych stażem **internistów** i **pediatrów** do POZ już od jakiegoś czasu postuluje część środowiska lekarskiego, i to nie tylko eksperci związani z tymi dziedzinami medycyny. – Interniści i **pediatrzy** mają wystarczające kwalifikacje, aby pracować w POZ i rugowanie ich stamtąd było oznaką braku wyobraźni. Mamy za mało lekarzy **rodzinnych**, więc nie ma powodu, dla którego lekarze chorób wewnętrznych nie mieliby tej luki wypełnić. Zresztą obecnie w wielu przychodniach przyjmują interniści i **pediatrzy**, i dobrze się wywią-

zują ze swoich zadań. Oni mają co najmniej tak wysokie kwalifikacje, jak lekarze **rodzinni** – uważa Jerzy Friediger, chirurg i wiceprezes ORL w Krakowie. Z kolei Piotr Gajewski, **internista** i sekretarz zarządu głównego Towarzystwa **Internistów** Polskich, przypomina, że organizacja, którą reprezentuje, postuluje stworzenie duetów **internistyczno-pediatrycznych** w POZ już od kilku lat. – Cieszę się, że w końcu resort zdrowia się do tego pomysłu przekonał. Mamy przykłady dobrego funkcjonowania **internistów** w POZ w innych krajach. Szacuje się, że w USA że w podstawowej opiece zdrowotnej interniści leczą około 70 proc. pacjentów, a 30 proc. lekarze **rodzinni**. Trudno dziś oczekiwać, aby lekarz **rodzinny** na bieżąco śledził szybki postęp wiedzy w zakresie całej **pediatrii** i całej interny, do tego jeszcze w innych dziedzinach medycyny. A tylko posiadając aktualną, szeroką i głęboką wiedzę, będzie w stanie samodzielnie rozwiązywać większość problemów zdrowotnych swoich pacjentów. Pozwólmy więc, aby obok lekarzy **rodzinnych** działały duety **internistyczno-pediatryczne**. Czas pokaże, która formuła sprawdza się lepiej – informuje Piotr Gajewski.

Gorącym zwolennikiem zwiększenia pozycji **internistów** w podstawowej opiece zdrowotnej jest także prof. Jacek Imiela, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych. – Tutaj jest miejsce dla nas wszystkich. Bardzo szanuję pracę lekarzy **rodzinnych** i uważam, że system leczenia otwartego powinien się na nich opierać. Nie chcemy z nimi walczyć, tylko współpracować – podkreśla prof. Imiela. Jego

czyżby
rodzinni?



O powrót młodszych stażem **internistów** i **pediatrów** do POZ już od jakiegoś czasu postuluje część środowiska lekarskiego, i to nie tylko eksperci związani z tymi dziedzinami medycyny.

INTERNIŚCI?

zdaniem w POZ możliwa jest działalność zarówno **internistów**, **pediatrów**, jak i lekarzy **rodzinnych**. – Ich kompetencje są różne, ale to dobrze, bo mogą się wzajemnie uzupełniać, a w rezultacie obniżyć koszty. **Internista** to lekarz w szczególności przydatny przy prowadzeniu osób starszych lub pacjentów, którzy zmagają się z jakąś chorobą wewnętrzną niewymagającą interwencji specjalisty z dziedziny szczegółowej, ale którym jednocześnie nie do końca może też pomóc lekarz **rodzinny**. Nie rozumiem, dlaczego kogoś, kto ma problem **internistyczny**, trzeba wysyłać oddzielnie do gastrologa, oddzielnie do kardiologa itd. **Internista** wyleczy taniej, bo nie będzie się mnożyć wizyt u specjalistów szczegółowych, które powinny być zarezerwowane dla przypadków bardzo trudnych – przekonuje prof. Imiela. Należy jednak zwrócić uwagę, że to, czy będzie taniej, czy drożej, zależy w dużej mierze od uprawnień, jakie system daje lekarzowi POZ, a co za

tym idzie – od tego, co finansowane będzie w POZ. – Wiele badań powinno być zleconych przez lekarza POZ, a nie w szpitalu czy przez specjalistę z AOS. Przez to mamy teraz niepotrzebne hospitalizacje. W pewnych obszarach uprawnienia powinny być rozszerzone, być może nawet inne dla **internisty**, a inne dla lekarza **rodzinnego**. Myślę, że duety **internistyczno-pediatryczne** znacząco wzbogacą ofertę POZ – mówi prof. Jacek Imiela.

Zwolennikami zmiany zaproponowanej przez MZ są także **pediatrzy**. W ocenie prof. Anny Dobrzańskiej, konsultanta krajowego tej dziedziny medycyny, byłby to powrót do normalności. – Przecież nie jesteśmy tylko od gaszenia pożarów. Zamyka się nas w szpitalach, podczas gdy możemy wspomagać POZ. Lekarz **rodzinny** nie jest w stanie zapewnić takiej opieki nad dzieckiem jak **pediatra**, dlatego często dochodzi do niepotrzebnych hospitalizacji. Małych pacjentów trzeba leczyć w domu tak długo, jak się da, a nie w szpitalu – podkreśla prof. Dobrzańska.

Rodzinni są zaniepokojeni

Pomysł włączenia kolejnych **internistów** i **pediatrów** nie podoba się środowiskom reprezentującym medycynę rodzinną. – Nie rozumiem celowości tej propozycji. Obecnie mamy około 10 tys. lekarzy rodzinnych, reszta to interniści i **pediatrzy**. Działa tylko około tysiąca praktyk w modelu lekarza rodzinnego, co stanowi

Pomysł włączenia kolejnych internistów i pediatrów nie podoba się środowiskom reprezentującym medycynę rodzinną.



10 proc. wszystkich przychodni. Jesteśmy tak naprawdę w mniejszości, a powinniśmy stanowić większość. Ministerstwo powinno więc wspierać rozwój medycyny rodzinnej, a ta propozycja może dać zupełnie odwrotny skutek – alarmuje Jacek Krajewski, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie. Jego zdaniem ta decyzja może wypaczyć ideę istnienia medycyny rodzinnej w Polsce. – Taki krok spowodowałby, że lekarz rodzinny stanie się gatunkiem wymierającym. Już jest, bo chętnych na specjalizację jest mało, choć zgłaszają się, bo do tego, aby zdobyć uprawnienia lekarza POZ, zmuszają obecnie obowiązujące rozwiązania prawne. Te zapisy są dobre, bo mobilizują do uzupełnienia wiedzy niezbędnej do pracy w przychodni. Nie zmieniamy tego. Lekarz POZ jest od wykonywania świadczeń podstawowych, a nie specjalistycznych, ale jednocześnie oferuje coś więcej niż **interna** i **pediatria** – ocenia Jacek Krajewski. Lekarze rodzinni przyznają, że interniści mają od nich większe kompetencje, ale w węższym zakresie, bo tylko w ramach chorób wewnętrznych. Nie mają natomiast podstawowych kompetencji w wielu innych dziedzinach, np. dermatologii czy laryngologii. To samo dotyczy **pediatrów**. – Pomysł ministerstwa, żeby ponownie otworzyć furtkę do POZ dla **internistów** i **pediatrów**, są w gruncie rzeczy powrotem do starego systemu. To się nie sprawdzi, bo u nas są potrzebne mniejsze kwalifikacje, ale w szerszym zakresie, gdyż leczymy typowe choroby dotyczące szerokie grono pacjentów. Ja również mam specjalizację z interny, dlatego wiem, że ta specjalistyczna wiedza ma niewielkie przełożenie na pracę w przychodni. Moim zdaniem już lepszym rozwiązaniem byłoby umożliwienie **internistom** ukończenia medycyny rodzinnej jakąś krótszą ścieżką specjalizacji – uważa Lidia Klichowicz, lekarz rodzinny z Łodzi.

Spór o koszty

Specjaliści medycyny rodzinnej zwracają także uwagę, że sytuacji w POZ nie uzdrowią duety internistyczno-**pediatryczne**, bo problem leży gdzie indziej. „Kilkumiesięczne oczekiwanie na wizytę w poradni specjalistycznej, generujące hospitalizacje, których można byłoby uniknąć, niedostateczne wykorzystanie potencjału kompetencji lekarzy, obarczanie ich ogromem obowiązków administracyjnych skracających czas dla pacjenta, dysproporcja między profilaktyką a medycyną naprawczą, to zaledwie wierzchołek góry lodowej problemów polskiej ochrony zdrowia” – zwraca uwagę na problemy w podstawowej opiece zdrowotnej Małgorzata Stokowska z Federacji Porozumienie Zielonogórskie, w stanowisku przesłanym do redakcji GL.

Nasuwa się więc pytanie, czy nie nadszedł już czas, aby zacząć zastanawiać się nad zmianą finansowania POZ i zwiększeniu kompetencji lekarzy rodzinnych. – Kiedyś mieliśmy wiele kompetencji, dzięki czemu faktycznie mogliśmy uporać się z 80 proc. problemów, z jakimi zgłaszali się do nas pacjenci. Z biegiem lat jednak odbierano nam kolejne uprawnienia, przez co mamy to, co mamy – mówi prezes Porozumienia Zielonogórskiego. Ministerstwo Zdrowia nie mówi „nie” propozycji rozszerzenia kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie

*Lekarze **rodzinni** przyznają, że **interniści** mają od nich większe kompetencje, ale w węższym zakresie, bo tylko w ramach chorób wewnętrznych.*

diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, ale jednocześnie zaznacza, że takie

zmiany wymagają w pierwszej kolejności uzyskania stanowiska konsultantów krajowych w określonych dziedzinach medycyny co do zasadności takiego rozwiązania, a następnie oszacowania kosztów i oceny możliwości zabezpieczenia dodatkowych środków finansowych przez NFZ. – Przecież lekarz rodzinny wie, jak wykonać cytologię, próby wysiłkowe, badanie metodą Holtera czy echo serca. Potrafi też prowadzić ciężą niskiego ryzyka. Po co w końcu wysyła się pacjenta do poradni chirurgicznej na zdjęcie prostych szwów. To są jednak usługi, których wykonywać nie możemy i za które NFZ lekarzom rodzinnym musiałby dodatkowo zapłacić. Ale przecież to byłoby mniej kosztowne niż wysyłanie do specjalisty. Nie twierdę, że lekarz rodzinny poradzi sobie z każdym pacjentem, ale z większością na pewno. Specjaliści powinni być zarezerwowani do naprawdę trudnych przypadków, a tak nie jest, przez co kolejki w poradniach są olbrzymie, a pacjent jest pozostawiony sam sobie. Tymczasem rola lekarza rodzinnego sprowadza się do tego, że mamy robić mało za mało – uważa Lidia Klichowicz.

Ocenia się, że obecne finansowanie POZ nie wystarcza i to nie na ewentualne rozszerzenie kompetencji, ale nawet na to, co lekarz POZ może już wykonywać. Płacówki otrzymują kontrakt z NFZ wyliczany na podstawie stawki kapitałowej. – Trzeba z tego pokryć nie tylko pensje lekarzy i pielęgniarek, ale także około 50 badań laboratoryjnych, rtg, usg, które musimy wykonywać. To jednak nie wszystko, bo z tych samych pieniędzy trzeba utrzymać przychodnię, utylizować śmieci, kupić sprzęt i zaopatrzyć się w leki i wyroby medyczne – wymienia Lidia Klichowicz.

Interna w AOS raczej bez szans

Na kwietniowym posiedzeniu Zarządu Głównego Towarzystwa Internistów Polskich pytano wiceministra zdrowia Krzysztofa Chlebusa o możliwość włączenia internistów do systemu AOS. Część osób podkreślała, że istnienie poradni specjalistycznych jest kluczowe dla pacjentów internistycznych, którym lekarz w systemie POZ nie może już pomóc, a jednocześnie jest za wcześnie na hospitalizację. Resort zdrowia stoi jednak na stanowisku, że tworzenie poradni chorób wewnętrznych poza POZ byłoby powieleniem realizacji świadczeń realizowanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Zdaniem internisty Piotra Gajewskiego jednak poradnie internistyczne nie muszą wykluczać istnienia duetów internistyczno-**pediatrycznych**, gdyż lekarz rodzinny może być zmuszony – choćby przez obecne finansowanie świadczeń w POZ – do wysyłania pacjenta do poradni specjalistycznej. A internista jest przecież specjalistą, i to w szerokim zakresie chorób.

Nocna opieka

Zmiany w POZ nie omijają też nocnej i świątecznej opieki lekarskiej. 23 kwietnia prezes NFZ Agnieszka Pachciarz podpisała już dwa zarządzenia dotyczące NiŚOL. „Zarządzenia wprowadzają nowe elementy w kryteriach oceny ofert w postępowaniu konkursowym. Będą dodatkowo punktowane zespoły z lekarzami **pediatrami**, jak i lekarzami posiadającymi specjalizację lub będącymi w trakcie specjalizacji w dziedzinach medycyna **rodzinna** lub choroby wewnętrzne. Ponadto na dodatkowe punkty mogą liczyć świadczeniodawcy posiadający sprzęt lub systemy umożliwiające rejestrację i archiwizowanie zgłoszeń pacjentów” – czytamy w komunikacie prasowym NFZ. Zarządzenia wprowadzają też kilka innych zmian, szczegóły dostępne są na stronie internetowej NFZ. ■



Na stronie www.gazetalekarska.pl znajdują się listy otwarte:
- Prezesa NRL w sprawie funkcjonowania systemu POZ
- Towarzystwa Internistów Polskich do Ministra Zdrowia
- Grupy Rezydentów i Młodych Lekarzy Rodzinnych do Prezesa NRL



Anna
Lella

Prezydent elekt
Europejskiej
Regionalnej
Organizacji
Światowej Federacji
Dentystycznej
(ERO-FDI)

20 kwietnia

Wiceprezes NRL,
Anna Lella, została wybrana
prezydentem elektem
Europejskiej Regionalnej Organizacji
Światowej Federacji Dentystycznej
(ERO-FDI). GRATULUJEMY!
Więcej w aktualnościach
na www.nil.org.pl.

Przyszłam tu leczyć zęby, nie rzucać palenie

31 maja – Dzień bez Papierosa

Tytuł tego felietonu to słowa jednej z pacjentek gabinetu stomatologicznego. Rozpoczyna się nim również artykuł Moniki Centery, opublikowany na portalu Jaw.pl i wyróżniony podczas trzeciej edycji konkursu Komisji Europejskiej dla dziennikarzy poruszających problematykę ochrony zdrowia. Nasza rodaczka otrzymała nagrodę specjalną za tekst, który przedstawia niestety wciąż zbyt mało znany problem nałogu nikotynowego – liczne problemy zdrowotne jamy ustnej.

To miło, że KE ogłosiła taki konkurs. Jeszcze milej, że Polacy wygrywają nagrody. Rola mediów jest nieoceniona. Mogą one przecież stanowić o zdrowiu publicznym poprzez informowanie społeczeństwa o wynikach wiarygodnych badań naukowych, przybliżanie opinii światowych specjalistów w opiece medycznej, kształtowanie świadomości zdrowotnej. Jednak czasem w pogoni za sensacją mogą też szkodzić – siać panikę albo poprzez lekceważenie jakiegoś zagrożenia znacząco wpływać na niebezpieczne dla zdrowia zachowania i na ignorowanie zaleceń lekarskich.

Przed nami kolejny Międzynarodowy Dzień bez Papierosa. Naczelna Izba Lekarska zawsze aktywnie włącza się w kampanie antynikotynowe – podczas szesnastolatniej konferencji Komisji Stomatologicznej omawiane były zagadnienia z zakresu epidemiologii i zagrożeń dla zdrowia związanych z paleniem tytoniu. Istotną rolę w zwalczaniu tego nałogu może i powinien odegrać lekarz dentysta. Szkody zdrowotne spowodowane nikotynizmem nie mogą być w Polsce ignorowane – co roku umiera z powodu chorób odtytoniowych 14 razy więcej osób, niż ginie w wypadkach drogowych. Zasięg epidemii to blisko 10 mln palących Polaków oraz wielu narażonych na palenie bierne. Niestety, farmakoterapia nikotynizmu nie jest finansowana przez NFZ; są za to dopłaty do upraw tytoniu.

Światowa Federacja Stomatologiczna (FDI) podkreśla: pomoc pacjentowi w zwalczaniu nikotynizmu jest jednym z najważniejszych zadań, jakie stomatolodzy mogą zrealizować dla poprawy zdrowia pacjenta, i jest etycznym obowiązkiem lekarza. FDI apeluje o wprowadzenie do codziennej praktyki wykonywania zawodu lekarza dentysty nakłanianie pacjentów do zaprzestania palenia tytoniu i poradnictwo.

W pełni zgadzam się z autorką nagrodzonego artykułu, że „... to właśnie gabinet stomatologiczny może stać się miejscem walki z nałogiem tytoniowym i początkiem pracy nad polepszeniem jakości życia. Palący pacjent, który (...) trafił do dobrego gabinetu stomatologicznego, ma szansę nie tylko wyleczyć zęby ale może odnaleźć w sobie motywację do walki z uzależnieniem tytoniowym”.

Czy warto o to walczyć? Na pewno. ■

Przede wszystkim racjonalizacja

Ze Sławomirem Neumannem, sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia, rozmawiają Ryszard Golański i Marta Jakubiak.



FOTO: archiwum MZ

Mapa potrzeb zdrowotnych obiektywnie pokaże, jak rozkłada się epidemiologia na danym terenie. Na nią naniesiona zostanie mapa przychodni, szpitali i laboratoriów oraz historyczne kontraktowanie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Panie ministrze, z wykształcenia jest pan ekonomistą. Jak trafił pan do departamentu zdrowia?

Na początku swojej drogi zawodowej kierowałem oddziałem banku. Potem pracowałem w administracji jako starosta i miałem pod opieką szpital w Starogardzie Gdańskim – to był mój pierwszy kontakt ze służbą zdrowia. Kiedy trafiłem do sejmu, powierzono mi sprawy związane z finansami publicznymi oraz rynkiem kapitałowym. Obejmując stanowisko sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, zastąpiłem Jakuba Szulca, który również był specjalistą rynku kapitałowego. Ekonomia i finanse są w każdej dziedzinie życia, w służbie zdrowia również. Chodzi o to, by jak najmądrzej wydać pieniądze.

Niektórzy twierdzą, że w systemie nie jest zbyt mało pieniędzy, tylko są źle wydatkowane. Jeżeli tak wiele szpitali w Polsce jest zadłużonych, czy oznacza to, że większość dyrektorów źle nimi zarządza – jaka jest opinia pana ministra w tej sprawie?

Na problem trzeba patrzeć całościowo, a nie z perspektywy pojedynczych przypadków. Wiemy, że około 20 proc. szpitali ma zadłużenie. Czy jest za mało środków w systemie? Tak. Jednak podstawowe pytanie brzmi: czy dzisiaj jesteśmy w stanie jako kraj wygenerować ich więcej? Według mnie nie. Z bardzo prostej przyczyny – jedynym sposobem na zwiększenie środków w ochronie zdrowia jest podwyższenie składki zdrowotnej, a temu jestem przeciwny. W obecnej sytuacji, kiedy mamy spowolnienie gospodarcze, od 2008 r. kryzys w Europie i na świecie, obciążanie kosztów pracy nie przyniesie wpływów nominalnych. Możemy mieć o 1 mld zł więcej w systemie, ale zwiększymy w ten sposób presję inflacyjną o 0,5 pkt. i ten pozyskany miliard zostanie zjedzony w ciągu miesiąca albo pierwszego kwartału. Odczuwalne byłoby tylko znaczące podniesienie składki, ale tego nie wytrzymamy, placąc z kieszeni pracownika i pracodawcy.

Drugą możliwością wprowadzenia pieniędzy do ochrony zdrowia jest dotacja z budżetu państwa. Nie dostaniemy jej na pewno, bo budżet jest mocno napięty i będzie jeszcze przez kilka lat. To ścieżka politycznie nośna, ale z punktu widzenia makroekonomii donikąd.

Źródłem pozyskania nowych środków mogą być dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Rozpoczęliśmy już prace w tym kierunku. Wiem, że nie będą one łatwe, nie dlatego, że nie mamy pomysłu albo koncepcji, ale dlatego, że w polskiej mentalności i w wielu wypowiedziach polityków oraz ekspertów komentatorów brzmi fałszywe z natury hasło, że opieka zdrowotna jest za darmo dla wszystkich. Tak nie jest i nie będzie w żadnym systemie publicznym. Bezpłatna służba zdrowia kosztuje realne pieniądze, które płaci każdy z nas, odprowadzając składkę zdrowotną.

Jakie są plany ministerstwa na najbliższe miesiące?

Kilka rzeczy musimy rozstrzygnąć i naprawiać systemowo, jak np. niektóre punkty ustawy refundacyjnej. Po roku jej działania widzimy, że wymaga korekt. Są w niej pewne biurokratyczne zatory i niedoprecyzowane zapisy, które stają się problematyczne dla ludzi działających na tym rynku: lekarzy, aptekarzy, pacjentów, firm, administracji. To prowadzi do wielu nieporozumień i niepotrzebnych emocji. Weźmy chociażby sprawę recept: część lekarzy, bojąc się negatywnych skutków, reaguje w sposób racjo-

nalny i wypisuje recepty ze stuprocentową odpłatnością. Widzimy te niedoskonałości, dlatego w przygotowywanej nowelizacji, która jeszcze w tym tygodniu wyjdzie do konsultacji zewnętrznych, staramy się je poprawiać.

Ministerstwo chwali się, że ustawa refundacyjna to sukces, ale czy nie osiągnięto go kosztem budżetu domowego pacjentów, którzy do leków dopłacają więcej?

Dane, które posiadamy, zdecydowanie temu przeczą. Mechanizm pozorowanego wzrostu ceny leku jest następujący: w chwili, kiedy na listę wchodzi nowy lek z niższą ceną, wyznacza on limit, co powoduje, że dopłata do leku, który kiedyś był najtańszy, dla pacjenta rośnie. Chcemy złagodzić istniejące skoki cen. Polska ma jedno z najtańszych leków w Europie, o czym świadczyć mogą próby wywożenia ich z naszego kraju za granicę, przez co niejednokrotnie brakowało niektórych leków na naszym rynku.

Według danych NFZ, w 2012 r. pacjenci dopłacili do recept refundowanych ok. 1 mld mniej. Oczywiście pozostaje pytanie, ile recept refundowanych wypisano – próbujemy to policzyć, żeby poznać prawdziwą skalę.

Na czym będzie polegało przekształcenie NFZ?

To będzie głęboka zmiana organizacyjna. Wymaga ona przeprowadzenia poważnej rozmowy. Zdania w tej sprawie są jak zawsze podzielone. Część ekspertów opowiada się za przekazaniem kompetencji w dół. Inni twierdzą, że żadne przekształcenia bez podniesienia składki zdrowotnej nie przyniosą poprawy. Ja trwam na stanowisku, że dziś składki nie zwiększymy. Należy zrationalizować gospodarowanie środkami, którymi dysponujemy. Właśnie takiej racjonalizacji ma służyć przekształcenie NFZ.

Kto powinien opracowywać tzw. mapę potrzeb zdrowotnych – czy wojewodom, którym MZ planuje przypisać to zadanie, wystarczy kompetencji?

Najpierw wyjaśnimy, czym mapa potrzeb zdrowotnych będzie. To ekspercki dokument maksymalnie oddalony od polityki. Przygotuje go wojewoda jako ktoś, kto jest jedynym niezaangażowanym udziałowcem rynku ochrony zdrowia w województwie, gdyż nie posiada palcówki medycznej. Stworzy narzędzie, które – co niezwykle ważne – nie determinuje zakupu świadczeń. Wojewoda nie będzie ustalał, do kogo trafi kontrakt. To kompetencje lokalnego NFZ.

Mapa potrzeb zdrowotnych obiektywnie pokaże, jak rozkłada się epidemiologia na danym terenie. Na nią naniesiona zostanie mapa przychodni, szpitali i laboratoriów oraz historyczne kontraktowanie Narodowego Funduszu Zdrowia, które dotychczas nie zawsze pokrywało się z epidemiologią. Co roku będzie ona aktualizowana i w nowszej wersji przekazywana marszałkowi, funduszowi i starostom. Każdy będzie mógł na nią nałożyć własne dane, np. marszałek program zdrowotny województwa, i wdrożyć do realizacji lub zrobić korekty pierwotnych założeń. Po dwóch, trzech latach zobaczymy, czy polityka przyjęta w województwie przynosi pożądane efekty.

Jaki jest termin jej wdrożenia?

Kwestie związane z mapą potrzeb zdrowotnych i przekształceniem NFZ zawarte są w jednym dokumencie. Mam nadzieję, że do wakacji będzie on gotowy i złożony do akceptacji.

Czy znajdują się w nim również zapisy dotyczące koszyka świadczeń gwarantowanych?

Rozporządzenia koszykowe są już w toku przygotowań. Pierwsze rozmowy na ten temat zaczniemy na przełomie kwietnia i maja. Najpierw jednak musimy rozstrzygnąć sprawę NFZ, dopiero potem zajmiemy się koszykiem i ubezpieczeniami dodatkowymi, które mają być ogólnodostępne, a nie jedynie dla elit. Szacuje się, że dzisiaj Polacy wydają na leczenie z własnej kieszeni ok. 30 mld zł. To ogromne pieniądze. Jeśli więc po planowanych zmianach do systemu wpłynie 10 mld, będzie to duży sukces; pieniądze te trafią do świadczeniodawców. Chcemy, aby dodatkowe ubezpieczenia dotyczyły nie tylko specjalistyki i POZ, ale także szpitali. Musimy mieć argumenty medyczne i finansowe, aby przekonać Polaków do proponowanych przez nas zmian.

Wiem, że debata, która nas czeka, będzie gorąca i obawiam się, że bardzo nie na temat, gdyż skupi się na rozważaniach, czy można leczyć się w Polsce za darmo, czy nie da się tego zrobić. W każdym systemie ochrony zdrowia w Europie funkcjonuje ubezpieczenie dodatkowe. To jeden z elementów koszyka.

Jesteśmy gotowi do poważnej i uczciwej debaty, pokazania, że nie wszystko znajdzie się w koszyku i nie wszystko będzie bezpłatne. Dzisiaj Polacy akceptują sytuację, że w stomatologii koszyk jest ograniczony i dopłacać do leczenia. Jeżeli godzimy się z tym, że za lepszą plombę dopłacamy, dlaczego dopłacenie do lepszej endoprotezy budzi oburzenie i uznawane jest za niezgodne z konstytucją?

Co dalej z informatyzacją?

Informatyzacja w ochronie zdrowia będzie prawdziwą rewolucją. Przyspieszy i ułatwi wiele rzeczy. Prace przebiegają zgodnie z planami. Jestem przekonany, że w 2015 r. system będzie funkcjonować. W tym roku i w roku przyszłym będziemy testowali Elektroniczne Konto Pacjenta, e-Receptę i e-Zwolnienie. Testujemy opracowywane produkty, żeby zobaczyć, co jest dobre i sprawdza się w praktyce, a z czego należy zrezygnować. Nasz system będzie kompatybilny z informatycznymi rozwiązaniami NFZ. Po zmianach całą informatyzację i całą informatykę z NFZ przejmie UUZ. I zapewniam, że świadczeniodawcy kupując dzisiaj oprogramowanie, kupują system kompatybilny z naszym.

Nie muszą się obawiać, że kupują tzw. programy z pudełek, a później będą mieli problemy?

Firmy, które dostarczają oprogramowanie na rynek, uczestniczą również w opracowywaniu podsystemu centralnego, dlatego oferowane przez nich produkty współdziałają z systemem centralnym.

Co z lekarzami seniorami, którzy nie mają ani komputerów, ani dostępu do internetu – czy będą mieli możliwość wypisywania papierowych recept dla siebie i swojej rodziny?

Nie rozstrzygaliśmy tego jeszcze. Nie widzę tu jednak problemu systemowego, ale na pewno będzie to w przyszłości jeden z tematów dyskusji.

Część szpitali nie jest w pełni wyposażona w komputery. Musimy ponieść te nakłady. Staramy się w nowej perspek-

tywie finansowej znaleźć pieniądze jako unijne wsparcie dla takich właśnie inwestycji. Chcemy dać świadczeniodawcom szansę na zakup sprzętu z tej puli.

„Jestem za uczciwą konkurencją między szpitalami, niezależnie od tego, czy są publiczne, czy prywatne” – co ma pan minister na myśli, mówiąc o „uczciwej konkurencji”?

W konkursach dobrze płacimy szpitalom, które mają kompleksową obsługę. Wycena procedury w takiej placówce wynosi X, zaś w miejscu, które nosi nazwę „szpital”, a ma jedynie kilka łóżek, gabinet zabiegowy i wyjętą jedną procedurę najbardziej dochodową, płacimy Y. Nie może być tak, że procedury dobrze wycenione są wyciągane spośród innych i tylko na nie jest podpisywany kontrakt na takim samym poziomie, na jakim dostaje go szpital wielospecjalistyczny. To nieuczciwa konkurencja. Koszty działania szpitala z wyjętą procedurą są zdecydowanie inne, niż szpitala z wieloma procedurami, np. SOR-em. Chcemy promować całościowe prowadzenie pacjenta i nie ma znaczenia, czy jest to szpital prywatny, czy publiczny.

Które sfery w ochronie zdrowia można uznać za dobre, a co wymaga poprawy?

Jest wiele doskonałych ośrodków, które skutecznie leczą ludzi. Niektórzy sobie nie radzą z różnych względów, ale oni stanowią mniejszość. Problemem jest bez wątpienia medialne nagłaśnianie pojedynczych spraw powodujące odium, że w Polsce nie leczy się ludzi. O mały włos nie zniszczono w ten sposób całego systemu ratownictwa medycznego, który w Polsce działa przecież dobrze.

Chcemy pochylić się nad ratownictwem medycznym, by ograniczyć do minimum możliwość popełnienia błędu przez człowieka. Musimy dopracować świeteczną pomoc lekarską, gdzie problemem jest nie tylko niedoskonałość systemu, ale często nieuczciwość: jeśli ktoś deklaruje, że ma trzech lekarzy, a jest tylko jeden, jest to oczywiście świadome działanie na szkodę.

Jestem przekonany co do jednej rzeczy: system będzie ewoluował, będzie poprawiany i zmieniany, ponieważ zmieniają się technologie, otoczenie i świat.

Który problem w ochronie zdrowia uważa pan minister za najważniejszy?

Wszystkie są ważne. Na pewno musimy od nowa zdefiniować podział między POZ, AOS i szpitalami, przywrócić więcej zadań lekarzom rodzinnym, zmniejszyć liczbę niepotrzebnych wizyt u specjalistów, przenieść ze szpitali proste zabiegi do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Swego czasu AOS brał wszystko, czego nie chciał POZ rozliczany stawką kapitulacyjną. Sprawy zaszyły za daleko i trzeba to naprawić. AOS oddając część pacjentów POZ, na pewno i tak będzie miał co robić, a obciążanie np. kardiologa wypisywaniem recept jest niewykorzystaniem jego potencjału. System AOS się zapchał i wymaga zmian. Być może należy zmniejszyć liczbę pacjentów przypadających na lekarza POZ, żeby miał więcej czasu dla chorego. Potrzebna jest dyskusja w tej sprawie, ponieważ zmiany można wprowadzać jedynie w zgodzie ze środowiskiem – tylko pod takim warunkiem mogą być zrealizowane z sukcesem. ■

Rozporządzenia koszykowe są już w toku przygotowań. Pierwsze rozmowy na ten temat zaczniemy na przełomie kwietnia i maja. Najpierw jednak musimy rozstrzygnąć sprawę NFZ.

Bez fajerwerków i uniesień

Okręgowa Izba Lekarska w Opolu

**Lucyna
Krysiak**

Zasięg działania OIL w Opolu pokrywa się z terytorium województwa opolskiego. Lekarze mówią, że to dobrze, bo z każdego powiatu mają blisko do siedziby izby. To ułatwia szybki przepływ informacji i kontakt.



*Swoją
działalność
OIL zaczynała
w wynajętych
pokoikach,
których używał
samorządow-
com oddział
onkologii
w jednym
z opolskich
szpitali.*

Pierwotnie lekarze i lekarze dentyści z województwa opolskiego mieli przynależeć do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Jednak już w czasie pierwszego spotkania, które odbyło się we Wrocławiu 1989 r., stało się jasne, że nie pasują do tej koncepcji. – Istniała obawa, że nasi lekarze zagubiliby się w tej masie – stwierdza Jerzy Jakubiszyn, prezes OIL w Opolu. Choć początki były trudne (na tym terenie nie ma żadnych przedwojennych tradycji związanych polskim samorządem lekarskim) lekarze są zadowoleni z takiego obrotu spraw. Trzeba było jednak od podstaw budować własną tożsamość, wizerunek, autorytet, gromadzić majątek, ale opolscy lekarze podjęli to wyzwanie. Pierwszym prezesem OIL w Opolu został Ryszard Kwieciński, który całkowicie poświęcił się organizowaniu izby. Można powiedzieć, że stworzył jej podwaliny. Wprawdzie prezesem był tylko jedną kadencję, w uznaniu zasług został wyróżniony tytułem honorowego dziekana izby. W II kadencji prezesem był Marek Sabat. Jego kadencja to okres masowych protestów lekarzy i lekarzy dentyków, które objęły wtedy całą Polskę. III i IV kadencja należała do prezesa Jerzego Ja-

kubiszyna, który zapisał się wówczas jako umacniający pozycję OIL w centrali. Po nim na jedną kadencję nastąpił Stanisław Kowarzyk, a w obecnej znów prezesem został Jerzy Jakubiszyn.

Województwo opolskie jest specyficzne. Część mieszkańców to repatrianci z Bugi, część to autochtoni – Ślązacy zamieszkujący te ziemie z dziada pradziada. Zetknięcie się tych dwóch żywiołów z różnymi sposobami myślenia, konotacjami historycznymi, poglądami, prowadziło nieraz do konfliktów. Z czasem jednak różnice zatarły się, a obecne pokolenie już tylko z opowieści nestorów rodzin i starych fotografii przypomina sobie o swojej przeszłości. – Autochtoni wnieśli samodyscyplinę, etos pracy, a ludzie ze Wschodu ułańską fantazję, to ciekawy mariaż, sprzyjający kreatywności – mówi Jerzy Lach, sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu, który od II kadencji siedzi po uszy w samorządzie. Obecnie tutejsi lekarze stanowią zwartą społeczność, nie ma wśród nich podziałów na miejscowych i napływowych. Choć z racji położenia bliżej im do Czech i Niemiec, najbardziej przyjacielskie związki łączą ich z lekarzami z Ukrainy. Napływowi Opolanie tak kultywują pamięć o swoich korzeniach.

Dobrosąsiedzkie stosunki

OIL w Opolu liczy ponad 3 tys. lekarzy i lekarzy dentyków. Na tle izb liczących po kilkanaście tysięcy członków, to mała społeczność. Ale ich sąsiedztwo jest dla nich cenne i potrafią je wykorzystać. Znacząca większość kadry medycznej, która pracuje na Opolszczyźnie, wywodzi się ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego lub z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Tam kończyli studia, specjalizują się, tam doskonalą swoje umiejętności zawodowe i korzystają z zaplecza kadry profesorskiej. Lekarze z tej izby wychodzą z założenia, że dzięki dobrym relacjom z sąsiadami można więcej osiągnąć. Żyje im się tak samo trudno jak w innych regionach kraju, ponieważ problemy dotyczące ochrony zdrowia są wszędzie takie same. Tutejszy samorząd lekarski wyznaje jednak zasadę miękkich rozwiązań. Zarówno w relacjach z NFZ, jak i władzami wojewódzkimi. Tak było w sytuacji, kiedy

chodziło o większy wpływ na odbywające się konkursy ordynatorskie. W wielu rejonach kraju sprawa ta skonfliktowała dyrektorów szpitali z samorządem lekarskim, tutaj udało się tego uniknąć. Dyrektorzy tutejszych placówek (głównie Wojewódzkie Centrum Medyczne, które posiada 16 oddziałów i jest największym pracodawcą dla lekarzy) ze spokojem przyjęli, że w komisjach konkursowych zasiadają przedstawiciele samorządu lekarskiego. – Może dlatego, że Opole nie jest metropolią i żyje się tu trochę spokojniej, bez fajerwerków i zbytniego zadęcia – zastanawia się prezes Jakubiszyn. Uważa, że ten spójk jest dzisiaj wszystkim bardzo potrzebny, bo sytuacja ochrony zdrowia jest dramatyczna. Obecny minister zdrowia jest trudnym partnerem do rozmów i korporacja zawodowa lekarzy musi na każdym kroku walczyć o swoją pozycję. Opole w metropolię zamienia się tylko na czas Krajowego Festiwalu Polskiej Piosenki. Wówczas na ulicach miasta można spotkać postacie z pierwszych stron gazet, z telewizji, z portali internetowych. Jerzy Lach mówi, że opolanom festiwal już spowszedniał, to nie te czasy, kiedy dosłownie stąpało się po śladach Ewy Demarczyk, Anny German czy Czesława Niemena. Są jednak dumni z tego, że to z tego miasta pochodzi Edyta Górniak czy Michał Bajor. Ślady dawnej festiwalowej atmosfery czuje się jeszcze w niektórych kawiarniach i knajpkach. Ale też zamiast święta piosenki widać tu na każdym kroku komercję.

Dom po architekcie

Swoją działalność OIL zaczynała w wynajętych pokojach, których użyczał samorządowcom oddział onkologii w jednym z opolskich szpitali. Nieżyjący już dr Andrzej Sikorski, wykorzystując prywatne kontakty, doprowadził do kupna przez izbę budynku przy ul. Grunwaldzkiej 23, usytuowanego w samym centrum miasta. Dwupiętrowa, przestronna willa otoczona ogrodem znajduje się w rejestrze zabytków Opola. Została przed wojną zaprojektowana oraz zbudowana przez naczelnego architekta miasta dla samego siebie. Właściciel był żydowskiego pochodzenia i w zawierusze wojennej zaginął, a po wyzwoleniu budynek przejął Skarb Państwa. Izba przejęła budynek od miasta w wieczystą dzierżawę, by z czasem go odkupić. Kiedy samorządowcy zapuścili tu już swoje korzenie, zjawiała się córka architekta, która chciała zobaczyć, co zostało z dzieła jej ojca. Była pod wrażeniem i – jak powiedziała – z ulgą przyjęła fakt, że obiekt przejęli w posiadanie lekarze. Dla niej to gwarancja, że zostanie ocalony od zapomnienia. Po wojnie znajdowała się w nim izba dziecka, później żłobek, później część pomieszczeń zagospodarował szpital wojewódzki. Kiedy izba się tu wprowadziła, przywróciła nie-ruchomości dawny blask. Parter i I piętro

zajmują pomieszczenia biurowe izby, II piętro to część hotelowa, z której korzystają lekarze spoza Opola. Tutaj także znalazło się miejsce na zbiory Głównej Biblioteki Lekarskiej, które przyciągnęła do siebie izba.

Liczy się entuzjazm

Lekarze z Opolszczyzny uchodzą za ludzi twardych, ale też otwartych na wszelkie inicjatywy i bardzo gościnnych. Jeśli znajdują się entuzjaści, którzy chcą coś zrobić, mogą liczyć na przychylność samorządu. Tak było z zespołem „Kardioband” i „Reanimators”, który stworzyli opolscy lekarze. Dali się już poznać z występów podczas Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy i wielu izbowych imprez. Widać udzieliła im się opolska miłość do piosenki. Najnowszą inicjatywą kulturalną jest powołanie przez izbę chóru. Opolanie odnoszą także sukcesy na polu literatury. Agnieszka Kania, lekarz dentysta z tej izby, jest znana jako laureatka ogólnopolskich

*Lekarze
z Opolszczyzny
uchodzą
za ludzi
twardych, ale
też otwartych
na wszelkie
inicjatywy
i bardzo
gościnnych.*

konkursów literackich. Entuzjastów nie brakuje też w pomaganiu lekarzom znajdującym się w trudnej sytuacji bytowej. – Ze smutkiem muszę stwierdzić, że jest coraz więcej kolegów lekarzy wymagających tego rodzaju pomocy – mówi Jerzy Lach. To przecież tutaj największe spustoszenia poczyniła powódź sprzed kilkunastu lat, niektórzy lekarze stracili wówczas dorobek swojego życia. To wtedy doświadczyli, co oznacza korporacyjna solidarność, kiedy koledzy z innych izb pospieszili im z pomocą. Wprawdzie OIL w Opolu to mała izba, jednak widać aktywność jej członków na forum ogólnopolskim. Sukcesy odnoszą sportowcy: tenisiści, np. Stanisław Chruszczyk, czy nieżyjący już Andrzej Róż. To z opolskiej izby wywodzi się też najlepszy z kolarzy w Polsce, Robert Nanowski, który zginął tragicznie. Obecnie jeden z wyścigów kolarskich lekarzy jest nazwany jego imieniem. Nie sposób nie wspomnieć także Grzegorza Stanka, zapalonego pływaka. Lekarze w całej Polsce dobrze znają też prezesa izby, który piastuje swoją funkcję już trzy kadencje, a jednocześnie jest członkiem NRL i przewodniczącym Konwentu Prezesów.

Szkolenia i jeszcze raz szkolenia

OIL w Opolu największy nacisk kładzie na szkolenia. Ponieważ w większości województw, gdzie nie ma ośrodków akademickich, centra prowadzące kursy zdrowia publicznego upadły (dla lekarzy specjalizujących się są to kursy obowiązkowe), izba postanowiła wziąć sprawy szkoleń w swoje ręce. – Mamy w Opolu Wyższą Szkołę

Zawodową z kierunkiem zdrowia publicznego, nawiązaliśmy więc kontakt z kadrą profesorską i zorganizowaliśmy kurs na terenie naszej izby dla specjalizujących się lekarzy. Nasi lekarze nie muszą więc jeździć na Śląsk lub do Wrocławia – tłumaczy Jerzy Jakubiszyn. Izba zdecydowała, że takie kursy będzie organizowała standardowo dwa razy do roku i będzie je finansowała. Prezes podkreśla, że w opolskiej izbie ceni się postawy społecznikowskie i przez tutejszych lekarzy działalność samorządowa zawsze była postrzegana jako praca społeczna. Nie ma więc tu samorządowców na etatach lub pobierających wynagrodzenia w innej formie. – Pieniądze ze składek lekarzy zawsze muszą do nich wrócić, właśnie choćby w formie opłat za kursy – mówi prezes. Na pytanie, jak kieruje się małą izbą, prezes Jakubiszyn odpowiedział, że małą izbę łatwiej ogarnąć. – Przy moim podejściu do pracy samorządowej nie wyobrażam sobie, że mógłbym nie mieć rozeznania, kto jest kim w mojej izbie, a przy kilkunastu tysiącach lekarzy jest to niemożliwe. Dodaje, że ceni sobie bliskość w kontaktach z kolegami lekarzami. W Okręgowej Radzie Lekarskiej w Opolu nie ma delegatur, nieformalnie każdy z powiatów pełni taką funkcję. Ten układ wynika z poszczególnych rejonów wyborczych i się sprawdza. Powiaty są w całości rejonami wyborczymi. Na najbliższy Zjazd wyborczy przygotowywane są dla nich odpowiednie parytety. Nie oznacza to, że każdy powiat będzie miał przedstawiciela w Radzie, ale procentowy udział lekarzy z powiatów będzie większy. ■

Warto wiedzieć

Metryka Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu

Terytorium: woj. opolskie

Adres siedziby: ul. Grunwaldzka 23, 45-054 Opole

Kontakt: tel./faks: 77 4545939; 77 4546709

e-mail: izba61@pro.onet.pl

Strona internetowa: www.izbalekarska.opole.pl

Liczba członków: 3 138, w tym lekarzy 2 419 i 710 lekarzy dentyistów

Liczba delegatów na zjazd: 147

Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 21

Prezes: Jerzy Jakubiszyn

Wiceprezesi: Stanisław Kowarzyk, Barbara Hamryszak

Delegatury: 0

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Zbigniew Kuzyszyn

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: Rafał Pędich

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej: Adam Martyniszyn

Liczba pracowników etatowych: 8

Liczba samorządowców pobierających wynagrodzenia: 0



OIL w Łodzi raz jeszcze

W nr 4/2013 „Gazety Lekarskiej” ukazał się tekst red. Lucyny Krysiak „Wyrosli z wielu kultur”, poświęcony Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi. W materiale zabrakło ważnej informacji. Inicjatorem zakupu willi przy ul. Czerwonej jako siedziby izby oraz konsekwentnym realizatorem tego przedsięwzięcia był ówczesny skarbnik OIL dr Tomasz Westfal. Za uchybienie serdecznie przepraszam.

Ryszard Golański

Głosujemy!

Po raz kolejny przypominę, że głosowanie korespondencyjne będzie podstawowym sposobem głosowania w wyborach samorządowych. Każdy otrzyma na adres domowy trzy koperty. W dużej zewnętrznej kopercie znajdować się będą dwie kolejne oraz rozmaite załączniki dotyczące wyborów. Przesyłka zawierać będzie: a) zawiadomienie o miejscu i terminie, okresie oraz sposobie głosowania w rejonie wyborczym, b) listę kandydatów, c) kartę do głosowania, d) instrukcję dotyczącą głosowania drogą korespondencyjną (wraz z informacją, do kiedy należy odesłać kartę wyborczą na adres izby), e) adres strony internetowej zawierającej dodatkowe informacje o zgłoszonych kandydatach.

Zalecany wzorzec zachowania wyborców, którzy głosować będą korespondencyjnie: powinni oni zapoznać się z informacjami o zgłoszonych kandydatach, podjąć decyzję i zgodnie z załączoną instrukcją wypełnić kartę do głosowania. Włożyć ją do małej, białej, nieoznakowanej koperty, zakleić i całość włożyć do koperty trochę większej i posiadającej nadruk adresu zwrotnego do odpowiedniej izby. Oczywiście tę kopertę również należy zakleić. Na odwrocie koperty zwrotnej znajduje się ramka, w której **należy przystawić imienną pieczętkę lekarską oraz złożyć podpis**. To bardzo istotne: zarówno pieczętka, jak i podpis lekarza na tej kopercie to warunek niezbędny. Brak podpisu i pieczętki uniemożliwia identyfikację

cję i jest równoznaczny z nieuczestniczeniem w głosowaniu w trybie korespondencyjnym. Następnie kopertę należy wrzucić do skrzynki pocztowej (ewentualnie dostarczyć ją do okręgowej komisji wyborczej w siedzibie izby), **przestrzegając terminu podanego w nadesłanych materiałach**. Należy pamiętać, że przesyłka jest już opłacona. O przyjęciu głosu **decydować będzie data dostarczenia listu z oddanym głosem do OKW**.

Opisana procedura gwarantuje zachowanie tajemnicy głosowania, spełnia jednocześnie wymóg powszechności i równości głosujących.

Lekarze, którzy z możliwości głosowania korespondencyjnego nie skorzystają, będą mogli w terminie i miejscu podanym w nadesłanych materiałach zagłosować bezpośrednio do urny.

Gorąco namawiam, aby **po otrzymaniu pakietu „trzech kopert”** wraz z materiałami podjęli Państwo **decyzję wyborczą** możliwie **szybko i niezwłocznie wysłali pocztą** lub dostarczyli bezpośrednio do OKW w siedzibie okręgowej izby lekarskiej opisaną wyżej, **ostemplowaną na odwrocie i podpisaną** przez Państwa kopertę zawierającą małą, białą kopertę wraz z kartą do głosowania.

Zapraszam wszystkich do uczestnictwa w wyborach.

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



**Paweł
Susłowski**

**Przewodniczący
Krajowej Komisji
Wyborczej**

czerwiec 2013
przeprowadzenie wyborów w rejonach



*Na odwrocie
koperty
zwrotnej
znajduje
się ramka,
w której
należy
przystawić
imienną
pieczętkę
lekarską oraz
złożyć
podpis.*

To było jak pospolite ruszenie

**Lucyna
Krysiak**

Wojciech Marquardt i Zbigniew Brzezina w Naczelnej Radzie Lekarskiej działają nieprzerwanie od 25 lat...



**Zbigniew
Brzezina**
z Okręgowej
Izby Lekarskiej
w Częstochowie,
obecnie członek NRL,
członek Prezydium
NRL, przewodniczący
Komisji
Legislacyjnej NRL

Jak pan trafił do Naczelnej Rady Lekarskiej?

Zbigniew Brzezina: Na I Zjeździe, w którym brało udział 1500 lekarzy w wyborach, do NRL startowało około 500 kandydatów. Byłem delegatem i jedną z tych osób, które zgłoszono do kandydowania na członka tej Rady. Ku mojemu zaskoczeniu wybory przeszedłem pomyślnie i to z wynikiem, który zadecydował, że profesor Chruściel zaproponował mi także udział w Prezydium. Nie czułem się jeszcze gotowy, miałem niewiele ponad 31 lat, niedawno się ożeniłem, miałem dziecko i nie ukrywam, że obawiałem się ciężaru obowiązków i odpowiedzialności, jakie na mnie spadną. Ale zarazony atmosferą świętości, z jaką odnosili się do faktu uzyskania przez środowisko lekarskie prawa do samostanowienia o sobie wielcy tego zawodu, m.in. prof. Nielubowicz, prof. Górnicki, dr Moskwa, poddałem się tej fali i działałem do dziś. Samorząd stał się moim drugim zawodowym życiem. Ta demokracja oznaczała wolność, gwarantowała lekarzom swobody, których po wojnie nie było im dane doświadczyć. Zakręciła nam w głowach. Wtedy nikt nie kierował się własnymi interesami, liczyło się dobro ogółu, mimo że często do tego dobra trzeba było dołożyć z własnej kieszeni. Dziś jest inaczej, nie zawsze chodzi o wspólny interes, ale o realizowanie własnych ambicji i celów.

Można więc powiedzieć, że ten okres miał wpływ na dalsze losy samorządu...

Tak i to było oddanie się sprawie bez reszty. To się już nigdy nie powtórzy w historii samorządu. Młoda demokracja wymaga jednak nie tylko zapału, ale twardego chodzenia po ziemi, tworzenia rzetelnych podwalin prawnych. Przecież ustawę o zawodzie lekarza napisała de facto Naczelna Rada Lekarska. Czelowaliśmy ten projekt punkt po punkcie, aż jeden z ekspertów i jego współtwórców prof. Filar powiedział, że mamy Góry Sowie, a chcemy stworzyć Himalaje prawa. Oczywiście przez te ćwierć wieku ustawa była nowelizowana, udoskonalana, ale trzon pozostał. Gdyby tak precyzyjnie tworzone prawo medyczne, byłibyśmy w innej rzeczywistości. Nie wszystko jednak współgrało z oczekiwaniami środowiska. W peerelu lekarze byli marnie opłacani i chcieli normalności. Oprócz, a może nawet bardziej niż wzniosłych, demokratycznych idei, liczył się dla nich byt. Rada, powołując różne komisje, zawsze miała na uwadze problem głodowych wynagrodzeń lekarzy, ale dopiero powołanie związków zawodowych i wspólne działania doprowadziły do zmiany tej sytuacji. Myślę, że przez te 25 lat w NRL dorzuciłem do tego parę cegiełek. W III kadencji

w czasach, kiedy ministrem zdrowia był prof. Maksymowicz, a w kierownictwie wielu naszych kolegów, wynegocjowaliśmy prawo lekarza do wystawiania recept refundowanych i skierowań do szpitali w prywatnych gabinetach.

Jakie były posiedzenia NRL w pierwszych kadencjach?

Burzliwe, ale bardzo konstruktywne i nie było w nich napaściwości. To były czasy, kiedy do każdej wypowiedzi trzeba się było rzetelnie przygotować. Występowało się w gronie znamienitych mówców, którzy podnosili poprzeczkę, narzucali poziom i styl. Późniejsze kadencje były już inne, zmieniały się czasy, ludzie i sposób rozmawiania, a także rozwiązywania problemów. Samorząd wtedy miał bardzo duży wpływ na kształtowanie polityki zdrowotnej. W sensie eksperckim obecna NRL jest na pewno o wiele lepiej przygotowana do zadań, jakie ma przed sobą. W tamtym czasie te działania były często intuicyjne. Większa była jednak przychylność ze strony rządu i wiele postulatów udało się zrealizować. Teraz to jest swoista gra polegająca na tym, kto kogo ogra. Brakuje tego wspólnego dążenia do celu. Aby nie popaść w kombatanctwo, powiem, że wtedy nasza działalność była trochę jak pospolite ruszenie z całym jego urokiem. Była wielka spontaniczność, która nie zawsze przekładała się na sprawy merytoryczne.

Czy jest takie posiedzenie NRL, które najbardziej zapadło panu w pamięć?

Było ich tyle, że trudno wyróżnić to jedno, ale myślę, że najbardziej zapadają w pamięć takie posiedzenia, które przynoszą spektakularne rozwiązania. Dla mnie bardzo znacząca jest praca w komisjach, gdzie wypracowuje się opinie prezentowane później na posiedzeniach Prezydium i Naczelnej Rady Lekarskiej. Komisje są zapleczem, z którego się czerpie jak ze źródła. Tam toczy się mrówcza praca wielu ludzi. Trzeba o tym pamiętać. Podobnie jak o okręgach. Każdy z nas, członków NRL, ma przecież za plecami swoją okręgową izbę lekarską. Moja była w Łodzi, a po odłączeniu – w Częstochowie, gdzie mieszkam i pracuję jako chirurg dziecięcy. Przez dwie kadencje byłem tam prezesem, a obecnie jestem wiceprezesem. Do pracy w samorządzie zawsze mnie ciągnęła możliwość poznawania wciąż czegoś nowego. W naszym zawodzie zasklepiamy się często w swoich specjalnościach, samorząd pozwolił mi spotkać ludzi nietuzinkowych, wybitnych, o szerokich horyzontach, z wieloma z nich do dziś się przyjażnię. Dużo wyniosłem z działalności w samorządzie i bardzo to sobie cenię. ■

To było prawdziwe partnerstwo

... Są jedynymi z tak długim stażem. Jak postrzegają to minione ćwierć wieku działalności samorządu?

Lucyna Krysiak

Jak to jest mieć zaledwie 37 lat, zasiadać w Naczelnej Radzie Lekarskiej obok takich tuzów jak profesorowie: Nielubowicz, Chruściel i podejmować decyzje w sprawach całej społeczności lekarskiej?

Wojciech Marquardt: Nie zapomnę tego bicia serca podczas pierwszego posiedzenia Rady. Rada się dopiero konstituowała i towarzyszył temu wielki entuzjazm. To były czasy, kiedy zbieraliśmy się w użyczonych nam gościnie pomieszczeniach Klubu Lekarzy w Alejach Jerozolimskich. W powietrzu czuło się jednak energię, zapal, każde wypowiedziane słowo, wymiana zdań, miały znaczenie. Mimo młodego wieku wiedziałem, że to historyczne chwile, chcieliśmy dokonać diametralnych zmian w zdrowiu i byliśmy w tym zdeterminowani. Następne spotkania NRL I kadencji, odbywające się już w pierwszej siedzibie NIL przy ul. Grójeckiej, zaczynały się przed południem, trwały do północy, po czym jechaliśmy na nocleg do Domu Nauczyciela na Powiślu, dyskutowaliśmy zapamiętałe do świtu, a rano zbieraliśmy się na drugą część posiedzenia. To nie było incydentalne, tak się wtedy pracowało. Siedziałem obok prof. Bolesława Górnickiego, nestora pediatrii polskiej, człowieka z wielką klasą, i cieszyłem się, że biorę udział w tych doniosłych wydarzeniach.

Młody lekarz stawia raczej na karierę zawodową, skąd u pana ten społecznikowski zapal?

Ukształtował mnie ruch solidarnościowy, wyrosłem z buntu tego ruchu, a Naczelna Rada Lekarska miała pierwsze wybory przygotowane przez „Solidarność”. Był rok 1989 i obawialiśmy się, że do władz samorządów zawodowych wejdą funkcjonariusze. Nauczani historią chcieliśmy korporacji takiej jak przed wojną, która określi własne zasady funkcjonowania samorządu, zasady kodeksu etycznego i deontologicznego. Dwa lata Komisja Etyki Lekarskiej NRL (w szczególności: dr J. Umiastowski, prof. Z. Chłap, dr St. Wencelis, dr W. Terlecka) pracowała nad Kodeksem Etyki Lekarskiej, z którego byliśmy tacy dumni. Pracowałem w Przemysłowym ZOZ-ie przy Hucie Katowice, gdzie zakładałem „Solidarność”. Wtedy nie było łatwo przejść przez sito wyborów poszczególnych szczebli, aby znaleźć się w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Myśmy wtedy dużo się spotykali i rozmawiali, to owocowało tym, że dobrze się znaliśmy. To z naszego grona wywodzili się ministrowie zdrowia W. Sidorowicz, prof. W. Maksymowicz, prof. G. Opala, ale mieliśmy też kilku wiceministrów. Szukaliśmy dobrego, systemowego rozwiązania. NRL opowiedziała się za systemem ubezpieczeniowym, jeździliśmy więc po świecie, uczyliśmy się, jak funkcjonują te systemy w Niemczech, we Francji, Holandii, a także na

Słowacji i na Węgrzech. Spotykaliśmy się w tym samym gronie posłów, senatorów, działaczy samorządowych i związkowców, wzajemnie uczyliśmy się od siebie. Nasza koleżanka z NIL, Elżbieta Seferowicz, wówczas pełniąca funkcję szefowej sejmowej Komisji Zdrowia, traktowała nas jak partnerów. Burzyliśmy stary porządek. Niestety, im dalej, było z tym gorzej. Władza przestała rozmawiać z samorządem, bo uważała, że wie lepiej. I tak zostało.

Pierwsze pana sukcesy w Radzie?

W roku 1992 lekarze byli w grupie najgorzej zarabiających w kraju. Po długich pertraktacjach wynegocjowaliśmy dochodzenie do 108 proc. średniej krajowej i to było nasze osiągnięcie. Wtedy tabele wynagrodzeń dla pracowników służby zdrowia w całej Polsce ustalał Minister Zdrowia. I znów podczas negocjacji płacowych spotkaliśmy się w tym samym gronie, ale już był podział na „Solidarność”, pielęgniarki, różne grupy. Wtedy nie było jeszcze związków zawodowych lekarzy i jako przewodniczący Komisji Płac i Warunków Pracy NRL byłem jedynym, który reprezentował w tych negocjacjach interesy wszystkich lekarzy. Wraz z płacami status lekarzy powoli rósł, ale nasze marzenia o tym, aby stanowili silną grupę zawodową, musiały jeszcze poczekać. A ja zawsze chciałem budować samorząd jako element obywatelskiej Polski. Państwo oddaje kawałek władzy lekarzom, a oni na tym swoim poletku sami się rządzą.

W Radzie ma pan uznanie jako znawca finansów. Z pana opinią liczą się członkowie Rady, często kiedy mają o czymś zdecydować, czekają na to, „co powie Wojtek”...

W II i III kadencji samorządu lekarskiego zostałem przewodniczącym Śląskiej Izby Lekarskiej, z tego tytułu znów zasiadałem wśród członków NRL, byłem przewodniczącym Konwentu Prezesów i z tych pozycji byłem zmuszony popatrzeć na samorząd jako na całość. Zacząłem zbierać i analizować dane, jak sobie radzą gospodarzowie poszczególnych izb. Postawiłem sobie za cel stworzenie systemu, opartego na solidnych podstawach prawnych, który pozwoliłby im bezpiecznie funkcjonować. Mimo że nasz samorząd istnieje ćwierć wieku, wciąż sytuacja finansowa izb jest zróżnicowana. Finanse to podstawa naszego bytu i temu się poświęciłem. Ukończyłem szkolenia z ekonomii, prawa, które dały mi fachową wiedzę na ten temat. W ciągu tych 25 lat oddałem samorządowi morze czasu – 160 posiedzeń Prezydium w czasie jednej kadencji, 30 posiedzeń Rady i wiele, wiele godzin poza posiedzeniami – mówią same za siebie. ■



Wojciech Marquardt ze Śląskiej Izby Lekarskiej, obecnie członek NRL, członek Prezydium NRL, przewodniczący Komisji Finansowo-Budżetowej NRL



Jolanta
Małmyga

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Najważniejsze, by wybrać dobrze

*Czyż to mało znaczy cieszyć się
słońcem, radośnie powitać wiosnę,
kochać, zamyślić się,
związać koniec z końcem.*

Matthew Arnold

Naprawdę tak niewiele potrzeba, żeby chociaż przez chwilę poczuć się wolnym i szczęśliwym. Tegoroczna aura dała się nam we znaki. Wszyscy zatęskniliśmy za słońcem i ciepłem. U większości przedłużająca się zima powoduje depresję i zniechęcenie do wszelkiego działania – zarówno w sferze zawodowej, jak i życiu osobistym. Tego ciepła i pozytywnego myślenia po prostu bardzo brakuje. Natura zrobiła nam prima aprilis i mieliśmy śnieżną wiosnę, ale już się opamiętała, przestała żartować i w końcu mamy słońce. Życie budzi się ze snu, obudźmy się i my. Przedstawmy własne poglądy i skonfrontujmy je z innymi. Zaczniemy myśleć pozytywnie i otworzymy się na świat i ludzi. Ciągłym narzekaniem i krytykowaniem nie uda się niczego zmienić. Nie zamykajmy się w we własnych gabinetach, a spotkajmy się z kolegami i porozmawiajmy o tym, co nas dręczy i złości, zastanówmy się nad sposobem poprawy aktualnej sytuacji w życiu zawodowym. Porozmawiajmy o potrzebach i oczekiwaniach, taka burza mózgów chociażby podczas majówki powinna dać dobre efekty, łącząc odpoczynek z rozładowaniem emocji. Właśnie teraz jest odpowiedni czas na takie rozmowy.

Trwają wybory do samorządu lekarskiego i nadszedł czas, by oddać głosy na kandydatów, którzy będą nas reprezentować przez najbliższe cztery lata. Niech to będą ludzie z dobrymi pomysłami, które potrafią zrealizować, a nie tylko głosić piękne hasła. Muszą chcieć poświęcić własny czas na wcale niełatwą pracę samorządową, a nie być tylko martwymi duszami. Wizjonerów nam nie brakuje i chyba nie potrzeba. Chociaż teraz to taki nowomodny styl, który coraz częściej obowiązuje w polityce, ale myślę, że w życiu i pracy samorządu lekarskiego potrzeba ludzi, którzy potrafią trzeźwo myśleć i być skuteczni w działaniu. A przed nami nowe wyzwania, jest dużo do zrobienia, szczególnie teraz, kiedy w polską medycynę zaczyna w przyspieszonym tempie wkraczać informatyzacja. Postępu i rozwoju nowych technologii w przekazywaniu informacji nie da się zatrzymać, tylko należy wprowadzać je spokojnie i rozważnie. Zapewnienie wszystkim lekarzom równego dostępu do nowoczesności to będzie wyzwanie

na nadchodzącą kadencję. Zmieniające się przepisy, niezbyt dostosowane do naszej rzeczywistości, są problemem, musimy jasno i wyraźnie powiedzieć rządzącym, że w tym informatycznym zawrocie głowy należy pamiętać o mizerynych finansach, jakie są przeznaczane na opiekę zdrowotną. To są sprawy, którymi powinni się zająć nasi nowo wybrani przedstawiciele. Rewolucją w wyborach jest głosowanie korespondencyjne, które ma ułatwić oddanie głosów wszystkim wyborcom, bez potrzeby przychodzenia na zebrania w ustalonym terminie, co wiązało się z koniecznością osobistego w nich uczestniczenia. Żyjemy w świecie komputerów i internetu, i część z nas uważa, że jest najwyższa pora na nowoczesność. Wszyscy wiemy, że z powodu dużego obłożenia obowiązkami trudno wykroić trochę wolnego czasu na osobisty udział w zebraniu. Zmiana form zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów powodowała, że zgromadzenie wymaganej liczby członków rejonu wyborczego stwarzało problem. Jednak moim zdaniem te zebrania były też okazją do wymiany poglądów, wzajemnego poznania się i zwykłej rozmowy. To była również możliwość zainteresowania się sprawami środowiska lekarskiego i pokazania, że istnienie naszej korporacji zawodowej, reaktywowanej po wielu latach, jest dla nas ważne.

W aktualnej sytuacji dezorganizacji, a nie organizacji, opieki zdrowotnej w naszym kraju, powinniśmy zadbać o to, aby miał nas kto godnie reprezentować i zabiegać o stworzenie godnych warunków pracy i życia. Chociaż wielokrotnie mamy inne zdania na wiele spraw, jesteśmy po prostu różni, inni, i tak powinno być, ale nie bądźmy poróżnieni i obojętni. Stara prawda głosi, że jeśli sami o siebie nie zadbamy, to nikt o nas nie zadba.

Namawiam więc do zaangażowania się w akcję wyborczą i udział w głosowaniu, tym bardziej, że teraz oddajemy swoje głosy korespondencyjnie i wystarczy tylko wysłać opieczętowaną kopertę. To naprawdę niewielki wysiłek. Najbliższe wybory pokażą, czy taka ich forma się sprawdzi jako wygodniejsza i lepsza.

Udowodnijmy, że dobro naszej korporacji zawodowej jest dla nas ważne. ■

*Wyzwanie nie
czeka. Życie
nie ogląda
się za siebie.
Tydzień to
aż nadto, by
zdecydować,
czy godzimy
się na nasz
los, czy nie.
Paulo Coelho*

Reakcja na przemoc wobec dzieci

Rzecznik Praw Dziecka zwrócił w ostatnim czasie uwagę na ogromną rolę lekarzy dentystów w wykrywaniu przypadków przemocy wobec dzieci. Przedstawiciele środowiska polskich stomatologów uważają, że rosnąca biurokracja utrudnia im interwencje w tej sprawie.

Temat ten jest tak istotny, że należy o nim mówić często, głośno i dobitnie. Każdy z nas powinien mieć wiedzę o tym zjawisku i odwagę występowania po stronie dzieci – informuje Marek Michalak, RPD, który zorganizował we Wrocławiu konferencję dotyczącą roli lekarza dentysty w rozpoznawaniu objawów przemocy wobec dzieci.

Jak lekarz dentysta może rozpoznać, że dziecko doświadcza przemocy? Zauważając urazy, dla których powstania nie ma odpowiedniego wytłumaczenia, szczególnie w okolicy głowy i szyi. – Także próchnicę w poważnym stanie zaawansowania można uznać za zaniedbanie wobec dziecka. Z kolei objawem wykorzystywania seksualnego może być duża niechęć do mycia zębów i strach wobec wszystkiego, co znajduje się w pobliżu ust. Leczyłam pacjenta, który miał rozległą próchnicę i nie mógł myć zębów. Bał się utraty kontroli nad sytuacją, miał lęk przed otwarciem i włożeniem cegółkowek do ust. Trafiło też do mnie małe dziecko, które było bite i przypalane papierosami – wyjaśnia dr Anne Ronneberg z Kliniki Zdrowia Jamy Ustnej i wykładowca na Wydziale Stomatologii Uniwersytetu w Oslo.

Co robić

Pionierami w kwestii wykrywania i zgłaszalności przypadków przemocy są Stany Zjednoczone i Wielka Brytania. Dobrze doświadczenia w tej materii mają też kraje skandynawskie. – Większość lekarzy dentystów w Szwecji ma dostęp do materiałów edukacyjnych oraz zaleceń. Zauważyliśmy, że dzięki temu specjaliści częściej zgłaszają sprawy do służb społecznych. Z 462 publicznych klinik dentystycznych 30 proc. wypełniło chociaż jeden raport dla służb społecznych w ciągu ostatnich 12 miesięcy – tłumaczy Göran Dahllöf, prof. pedodoncji na Wydziale Stomatologii w Instytucie Karolinska w Sztokholmie. Najwięcej zgłoszeń dotyczy przypadków zaniedbania i zaniedbania stomatologicznego, mniej – wykorzystywania seksualnego lub przemocy fizycznej. W Szwecji bezpłatną opieką dentystyczną objęte są dzieci do 19. r.ż., dzięki czemu stomatolog ma zapewniony stały kontakt z dzieckiem. Oczywiście zdarzają się

sytuacje, kiedy lekarz nie jest pewny, czy jego obserwacje są słuszne. – Trzeba sobie wtedy powiedzieć, że my tylko informujemy o swoich podejrzeniach. To służby społeczne decydują, czy podjąć interwencję – tłumaczy profesor. Lepiej się pomylić, niż nie podjąć akcji, bo skutki bierności mogą być o wiele poważniejsze.

Potrzebne zmiany

W Polsce przypadków przemocy i molestowania dentyści nie raportują. – Z pozyskanych danych wynika, że do tej pory nie było żadnego przypadku wypełnienia i założenia „Niebieskiej Karty” przez lekarza dentystę czy chociażby zgłoszenia podejrzenia stosowania przemocy wobec dzieci. Niestety, wiedza na temat rozpoznawania przemocy, w tym molestowania seksualnego wobec dzieci, jest przez lekarzy dentystów nieznaną, co komunikują zarówno studenci, jak i lekarze dentyści. Bardzo liczę na skuteczne zwrócenie uwagi na ten problem. Zaapelowałam do Ministrów Zdrowia oraz Nauki i Szkolnictwa Wyższego o podjęcie działań zachęcających uczelnie medyczne do wprowadzenia tej tematyki do programów studiów. Mam nadzieję, że środowisko stomatologiczne zechce spojrzeć na te propozycje – mówi Marek Michalak.

Problem braku zgłoszeń o przemoc wobec dzieci może być związany także z inną kwestią. – W Polsce zrezygnowano z prowadzenia obowiązkowej opieki stomatologicznej w szkołach, co było ogromnym błędem. Szkolny lekarz dentysta jako pierwszy mógłby zauważać niepokojące sygnały ze strony dziecka i informować o nich – zauważa Anna Lella, wiceprezes NRL. Zwraca także uwagę, że sposób zgłaszania przypadków przemocy w ramach procedury „Niebieskiej Karty” nie jest doskonały. – Wiemy, jak ważne jest zgłaszanie podejrzenia o zaobserwowanie przemocy u dziecka, które leczymy, i jesteśmy całym sercem za takim działaniem. Trzeba jednak powiedzieć, że procedura „Niebieskiej Karty” jest niedopracowana. Apełowaliśmy do Ministerstwa Zdrowia o wprowadzenie niezbędnych korekt, ale nie otrzymaliśmy żadnej odpowiedzi – informuje Anna Lella. ■

**Lidia
Sulikowska**

W Polsce przypadków przemocy i molestowania dentyści nie raportują. – Z pozyskanych danych wynika, że do tej pory nie było żadnego przypadku wypełnienia i założenia „Niebieskiej Karty” przez lekarza dentystę czy chociażby zgłoszenia podejrzenia stosowania przemocy wobec dzieci.



**Marek
K. Janiak**

**Prof. dr hab. n. med.,
kierownik Zakładu
Radiobiologii
i Ochrony
Radiologicznej
Wojskowego
Instytutu Higieny
i Epidemiologii
w Warszawie, doradca
przedstawiciela
Polski w Komitecie
Naukowym ONZ
ds. Skutków
Promieniowania
Atomowego
(UNSCEAR),
członek Komitetu
Fizyki Medycznej,
Radiobiologii
i Diagnostyki
Obrazowej PAN,
członek Rady
Sanitarno-
-Epidemiologicznej
przy Głównym
Inspektorze
Sanitarnym Kraju**

Radiacja

Czy pacjenci i lekarze powinni bać się promieniowania?

Promieniowanie jonizujące jest formą energii przenoszonej w przestrzeni w postaci fal elektromagnetycznych (promienie X i γ) lub materialnych cząstek (promieniowanie α , β , neutronowe i inne) zdolnych do uwalniania elektronów z zewnętrznych powłok atomowych, czyli jonizacji materii, w której ta energia jest pochłaniana. W przypadku organizmów żywych taka jonizacja prowadzi do zaburzenia struktury i funkcji molekuł komórkowych i całych komórek. Przy pochłonięciu przez dużą część ciała wysokiej dawki promieniowania dochodzi do uszkodzenia radiowrażliwych tkanek i narządów oraz rozwoju choroby popromiennej. W odróżnieniu od promieniowania α i β , odkryte przez Wilhelma Roentgena w roku 1895 promienie X mają zdolność przenikania całego ciała człowieka i przekazywania mu części swojej energii, dzięki czemu znalazły one szerokie zastosowanie w diagnostyce medycznej. Skuteczną ochronę przed pochłanianiem tych promieni stanowią odpowiednie osłony z ołowiu i betonu.

Ponadstuletnie wykorzystywanie przez ludzkość promieniowania jonizującego w wielu różnych dziedzinach pozwoliło zrozumieć, że jest ono znacznie mniej szkodliwe niż inne czynniki fizyczne, chemiczne czy biologiczne występujące w środowisku naturalnym oraz pracy i domu człowieka. Jednak pomimo iż zagrożenie dla zdrowia wywołane ekspozycją radiacyjną w czasie badań medycznych, w przemyśle, nauce i środowisku naturalnym jest wielokrotnie mniejsze niż powszechne zagrożenia termiczne, elektryczne, chemiczne czy biologiczne, dominuje „radiofobia”, czyli lęk wywołany irracjonalną wiarą, że nawet najmniejsza dawka promieniowania jest szkodliwa. Radiofobia ma wiele przyczyn, ale jej podłoże stanowi powszechna nieznajomość mechanizmów i skutków działania promieniowania, zwłaszcza w małych dawkach, na organizmy żywe. Istotnie, poziom wiedzy na ten temat jest żenująco niski, nie tylko wśród ogółu społeczeństwa, ale także wielu profesjonalistów zawodowo stykających się z promieniowaniem. Szczególnie niepokoi ignorancja wykazywana w tym zakresie przez lekarzy, czyli osoby które powinny udzielać kompetentnej porady pacjentom obawiającym się następstw wdychania „pyłów z Czarnobyla” lub „naświetlania” w badaniu rtg. Niestety, lekarze wykazują często podobne obawy, myląc skutki wywołane pochłonięciem groźnych dla zdrowia dużych dawek promieniowania z ryzykiem związanym z ekspozycją na dawki małe, czyli takie, jakie otrzymuje pacjent w trakcie badań diagnostycznych. Istotnie, na studiach i szkoleniach lekarskich słyszy się przede wszystkim o ostrej chorobie popromiennej, a – wśród skutków odległych napromieniowania – o nowotworach złośliwych i wadach rozwojowych. Obecnie wiadomo już, że tego rodzaju

zaburzenia wystąpią tylko wtedy, gdy przekroczony zostanie określony próg dawki pochłoniętej, który – przy ekspozycji jednorazowej lub krótkotrwałej – wynosi ok. 100 milisiwertów (mSv)¹. Dla porównania, przy zwykłym prześwietleniu klatki piersiowej pacjent otrzymuje mniej niż 0,1 mSv, przy panoramicznym zdjęciu zębów i mammografii – ok. 1 mSv, przy badaniu tomograficznym (CT) jamy brzusznej i miednicy – ok. 14 mSv, a przy skojarzonym stosowaniu PET i CT (w medycynie nuklearnej) ok. 40 mSv. Lekarze i technicy wykonujący te badania otrzymują jeszcze mniejsze (pomijalne) dawki, a najbardziej narażeni lekarze wykonujący zabiegi lecznicze z użyciem prom. X nie pochłaniają jednorazowo więcej niż 1 mSv.

Jeśli nie dojdzie do wybuchu wojny jądrowej, znakomita większość lekarzy nigdy nie zobaczy przypadku ostrej choroby popromiennej, której pierwsze objawy pojawiają się, gdy organizm pochłonie co najmniej 500-1000 mSv promieni X lub γ . Dlatego edukację lekarzy należy skupić na ryzyku i skutkach związanych z realnie istniejącym, pokojowym, narażeniem radiacyjnym ludzi, czyli takim, które prowadzi do pochłaniania jedynie małych dawek promieniowania².

Wyniki prowadzonych współcześnie analiz epidemiologicznych oraz badań prowadzonych na zwierzętach i hodowlach komórkowych wyraźnie sugerują, że pochłanianie niewielkich dawek promieniowania X lub γ nie tylko nie jest szkodliwe, ale może pobudzać wiele różnych, potencjalnie korzystnych dla organizmu procesów (zjawisko to nosi nazwę „hormozy radiacyjnej”). Odkrycie to nie powinno dziwić w świetle faktu, że życie na Ziemi powstało i ewoluowało w ciągłym narażeniu na działanie promieniowania jonizującego (pochodzącego z kosmosu i skorupy ziemskiej), którego poziom był przez długi okres historii naszej planety znacznie wyższy niż obecnie. Rośliny, zwierzęta i ludzie nie tylko przystosowali się do koegzystencji z radiacją, ale jej obecność stała się wprost niezbędna do życia. Dlatego niskie dawki promieniowania nie są szkodliwe, natomiast niedawno wprowadzone do środowiska różne czynniki fizyczne, chemiczne czy zmutowane bakterie i wirusy wywołują często – nawet w stosunkowo małych „porcjach” – choroby i śmierć.

W literaturze fachowej istnieje wiele dowodów braku ujemnych skutków i/lub korzystnego działania małych dawek promieniowania. Oto kilka przykładów:

1) w Polsce i na świecie poziom narażenia na tzw. promieniowanie naturalne (wyrażony w postaci mocy dawki) wynosi ok. 2,5 mSv/rok, ale istnieją rejony Ziemi, gdzie jest on wielokrotnie wyższy – skrajnym przypadkiem jest miasto Ramzar w Iranie, w którym moce dawek wahają się od 90 do 260 mSv/rok, a mimo to

- tamtejsi mieszkańcy cieszą się dobrym zdrowiem i nie chorują na nowotwory częściej niż gdzie indziej;
- 2) wśród brytyjskich radiologów płci męskiej zarejestrowanych w latach 1955-1979 (tj. po wprowadzeniu nowoczesnych przepisów ochrony radiologicznej) stwierdzono mniej zgonów z powodu nowotworów niż wśród ogółu mężczyzn w Wielkiej Brytanii oraz – co bardziej istotne – wśród lekarzy innych specjalności (mniej narażonych na działanie promieniowania);
- 3) w wielu badaniach umieralności z powodu nowotworów wśród eksponowanych na promieniowanie pracowników „przemysłu jądrowego” wykazano, że umierają oni rzadziej niż pracownicy tych samych zakładów, którzy nie są w pracy narażeni na działanie promieniowania. Podobnie, mniejszą niż w grupie kontrolnej umieralność na raka płuc wykazano w kilku badaniach mieszkańców domów z podwyższonym poziomem radonu (gazu powstającego z rozpadu radu emitującego cząstki alfa, które – przy wdychaniu – absorbowane są przez nabłonek oskrzeli);
- 4) wg ciągle uaktualnianych analiz Komitetu Naukowego ONZ ds. Skutków Promieniowania Atomowego (UNSCEAR) liczba śmiertelnych ofiar działania promieniowania po katastrofie w Czarnobylu nie przekroczyła 60 (ludzie ci pochłonęli wysokie lub bardzo wysokie dawki i zapadli na chorobę popromienną lub zmarli z powodu raka tarczycy); wszystkie inne liczby „ofiar Czarnobyla” podawane przez różne organizacje (np. Greenpeace) lub media są wyssane z palca; po katastrofie w elektrowni w Fukushima nie ma żadnych śmiertelnych ofiar promieniowania;
- 5) wiele wyników badań doświadczalnych (w tym naszych własnych) wskazuje, że jednorazowe i wielokrotne, a także przewlekłe ekspozycje na promieniowanie X i γ w małych dawkach hamują rozwój nowotworów u myszy i szczurów oraz poprawiają kondycję zdrowotną i wydłużają życie tych zwierząt, co wynika z pobudzenia przez promieniowanie reakcji odpornościowych, naprawy uszkodzeń DNA, usuwania wolnych rodników oraz innych korzystnych zjawisk w organizmie.

Podsumowując, wyniki współcześnie prowadzonych nowoczesnych analiz epidemiologicznych i badań doświadczalnych wyraźnie wskazują, że – w odróżnieniu od narażenia na dawki duże – pochłanianie małych „porcji” promieniowania jonizującego nie tylko nie szkodzi, ale może poprawiać nasze samopoczucie, obniżać zachorowalność i wydłużać życie. Dlatego nie tylko niewskazane jest unikanie za wszelką cenę każdej ekspozycji na promieniowanie, ale należy z pełnym przekonaniem zachęcać pacjentów do diagnostycznego „napromieniania się”, dzięki któremu – tak, jak to ma miejsce w przypadku badań rtg – uzyskane korzyści wynikające z dobrego rozpoznania schorzenia znacznie przewyższają potencjalne „ryzyko”. ■

¹ Siwert (Sv) jest jednostką tzw. dawki skutecznej, która uwzględnia radiowrażliwość poszczególnych tkanek organizmu i wiąże się z prawdopodobieństwem rozwoju nowotworów w tych tkankach; w przypadku promieniowania X i gamma 1 Sv równy jest energii 1 J pochłoniętej przez 1 kg tkanki.

² Wg kryteriów radiobiologicznych, małe dawki przy ekspozycji krótkotrwałej nie przekraczają 100 mSv, a przy narażeniu przewlekłym mają moc niższą od 0,1 mSv/min.



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

20.05.2013 „Kierowanie zespołem i praca w zespole”

17.06.2013 „Kierowanie zespołem i praca w zespole”

14.05.2013 „Mediacje”

18.06.2013 „Mediacje”

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

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

Szkolenia akredytowane,
uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

Informacje i zapisy:

www.odz.nil.org.pl,

tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44

Naczelna Izba Lekarska,

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

ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa,

e- mail: odz@hipokrates.org



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

• **22.06.2013 Ochrona radiologiczna
pacjentów dla lekarzy dentystów wykonujących procedury
radiologiczne**

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

Kursy zakończone egzaminem (egzaminy płatne zgodnie ze
stawkami określonymi w obowiązujących Rozporządzeniach MZ)

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

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



**Rafał
Budzisz**

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

*Osoba
reprezentująca
podmiot
kontrolowany
może odmówić
podpisania
protokołu,
składając
w terminie 7
dni od dnia jego
otrzymania
pisemne
wyjaśnienie
dotyczące tej
odmowy.*

Uprawnienia kontrolne NFZ (część 3)

Ostatnim etapem realizowanej w jednostce kontrolowanej czynności jest sporządzenie protokołu i ewentualnego wystąpienia pokontrolnego.

Po zakończeniu czynności kontrolnych osoby dokonujące kontroli sporządzają protokół opisujący całokształt udokumentowanego w czasie kontroli stanu faktycznego. Ważne jest, aby do tego czasu przedstawić wszystkie informacje, dowody, uwagi itp., które mogą mieć znaczenie przy sporządzaniu protokołu. Protokół stanowi dokument, w którym zawarte są wszystkie ustalenia dotyczące działalności kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą. Szczegóły regulujące etap sporządzania protokołu oraz dalszych czynności podejmowanych zarówno przez kontrolujących, jak i podmiot kontrolowany, określają: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., Nr 274, poz. 2723), jak również zarządzenie Nr 23/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli (Dz. Urz. NFZ z 2009 r., Nr 4, poz. 23 z późn. zm.). Zaznaczyć trzeba, że ten ostatni akt prawny jest przepisem o charakterze wewnętrznym, zaś rozstrzygnięcia dotyczące podmiotów kontrolowanych (podmiotów leczniczych, indywidualnych praktyk lekarskich itp.) muszą znajdować oparcie w przepisach o charakterze powszechnie obowiązującym (np. powołanych wcześniej ustawie czy też rozporządzeniu).

Protokół kontroli zawiera opis stanu faktycznego stwierdzonego w toku kontroli działalności świadczeniodawcy oraz ustalenia kontroli, w tym nieprawidłowości, z uwzględnieniem przyczyn ich powstania, zakresu i skutków tych nieprawidłowości oraz osób za nie odpowiedzialnych, a także wnioski wynikające z kontroli. Poza określonymi wyżej elementami protokół zawiera ponadto:

- 1) nazwę i adres świadczeniodawcy;
- 2) imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentacji świadczeniodawcy, nazwiska i imiona kierowników kontrolowanych komórek organizacyjnych świadczeniodawcy oraz daty objęcia przez nich stanowisk;
- 3) imiona i nazwiska pracowników, którzy w toku kontroli złożyli wyjaśnienia lub oświadczenia, oraz innych osób, które w trakcie kontroli złożyły oświadczenia;
- 4) datę rozpoczęcia i zakończenia kontroli, z zaznaczeniem przerw w kontroli;
- 5) imię i nazwisko osoby przeprowadzającej kontrolę oraz nu-

- mer i datę upoważnienia do przeprowadzenia kontroli;
- 6) określenie przedmiotu i zakresu kontroli, okresu objętego kontrolą oraz miejsca przeprowadzenia kontroli;
- 7) spis załączników;
- 8) pouczenie świadczeniodawcy lub osoby przez niego upoważnionej o prawie zgłaszania zastrzeżeń do protokołu i prawie odmowy podpisania protokołu;
- 9) wzmiankę o złożeniu zastrzeżeń lub odmowie podpisania protokołu oraz wprowadzonych poprawkach;
- 10) datę sporządzenia protokołu;
- 11) parafy osoby przeprowadzającej kontrolę i świadczeniodawcy lub osoby przez niego upoważnionej na każdej stronie protokołu;
- 12) datę i miejsce podpisania protokołu.

Prezes NFZ dodał kolejne wymogi stawiane treści protokołu. Zgodnie z zarządzeniem protokół powinien także być dokumentem sporządzonym ze szczególną starannością w zakresie treści i formy, zawierającym zbiór ustaleń dotyczących działalności kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, a ustalenia kontroli muszą być w nim przedstawione precyzyjnie, w sposób jasny i logiczny, udokumentowane rzetelnymi, stosownymi i racjonalnymi dowodami, w sposób zapewniający niepodważalność ustaleń kontroli (schemat protokołu kontroli jest zawarty w załączniku nr 11 do zarządzenia). Postanowienia te mają charakter gwarancyjny dla podmiotów kontrolowanych i jednocześnie nakładają na kontrolujących obowiązek szczególnej dbałości o treść protokołu, nie tylko co do poszczególnych jego elementów, ale również sposobu sporządzania protokołu i uwzględniania w nim zebranego materiału dowodowego.

Protokół jest podpisywany przez osoby dokonujące kontroli oraz przez osoby reprezentujące jednostkę kontrolowaną, jednakże zgodnie z pouczeniem, które powinno być zamieszczone w treści protokołu, podmiot kontrolowany przed podpisaniem protokołu może zgłosić na piśmie zastrzeżenia do jego treści. Mogą one dotyczyć zarówno sfery formalnej, jak i merytorycznych ustaleń zawartych w protokole. W szczególności mogą one obejmować uwagi co do nieuwzględnienia przedstawianych w czasie kontroli wyjaśnień i dokumentów, pomijania istotnych okoliczności stwierdzonych w trakcie czynności kontrolnych i innych uchybień, do których zdaniem kontrolowanego doszło w trakcie działań osób kontrolujących. Na zgłoszenie zastrzeżeń jednostka kontrolowana ma 7 dni od dnia otrzymania protokołu. W terminie 14 dni od dnia otrzymania zastrzeżeń kontroler dokonuje ich analizy i w miarę potrzeby

podejmuje dodatkowe czynności kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń zmienia lub uzupełnia odpowiednią część protokołu kontroli. Może również odmówić uwzględnienia zastrzeżeń w całości lub części. Przekazuje wówczas niezwłocznie zgłaszającemu zastrzeżenia na piśmie swoje stanowisko zawierające uzasadnienie.

Osoba reprezentująca podmiot kontrolowany może odmówić podpisania protokołu, składając w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania pisemne wyjaśnienie dotyczące tej odmowy, co kontrolujący odnotowuje w treści protokołu. Trzeba jednak zaznaczyć, że odmowa podpisania protokołu nie wstrzymuje dalszych czynności i sama w sobie nie wywołuje żadnych skutków prawnych, stanowi natomiast wyraz dezaprobaty dla treści protokołu i może świadczyć o zamiarze odwołania się od ewentualnych kar nakładanych w związku ze stwierdzonymi uchybieniami (odmowa podpisania protokołu nie warunkuje możliwości odwołania się od nałożonych kar umownych).

Kolejnym etapem postępowania związanego z kontrolą podmiotu wykonującego działalność leczniczą jest wystąpienie pokontrolne, które zawiera ocenę działalności kontrolowanego podmiotu i zalecenia pokontrolne w razie stwierdzenia nieprawidłowości. Treść wystąpienia powinna być skorelowana z ustaleniami zawartymi w protokole pokontrolnym. W razie stwierdzenia naruszenia postanowień umowy z NFZ w wystąpieniu określa się również wysokość kary umownej, a także wysokość wierzytelności oddziału wojewódzkiego NFZ na ostatni dzień kontroli, powstałej w wyniku tych nieprawidłowości. Zgodnie z wyżej powołanym zarządzeniem wystąpienie pokontrolne powinno spełniać cechy wezwania do zapłaty oraz powinno zawierać:

- 1) wartość wierzytelności świadczeniodawcy wobec oddziału wojewódzkiego NFZ wraz z podaniem kwoty cyfrowo i słownie;
- 2) wezwanie do złożenia dokumentów korygujących;
- 3) termin zapłaty nienależnie przekazanych środków finansowych;
- 4) termin zapłaty kary umownej;
- 5) wskazanie numeru rachunku bankowego, na który należy dokonać wpłaty.

Wystąpienie pokontrolne jest przekazywane za zwrotnym potwierdzeniem odbioru. Również i w tym przypadku świadczeniodawca może zgłosić zastrzeżenia co do treści wystąpienia pokontrolnego w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Jednak, co należy podkreślić, bierność podmiotu kontrolowanego w poprzednich etapach postępowania kontrolnego może udaremnić skuteczność działań na etapie wystąpienia pokontrolnego. Zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego są rozpatrywane w terminie 14 dni, zaś w przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń niezwłocznie informuje się o tym świadczeniodawcę. Odmowa przyjęcia zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w wystąpieniu pokontrolnym może nastąpić, jeżeli zastrzeżenia zostały zgłoszone przez osobę nieuprawnioną, po upływie terminu 7 dni

od dnia otrzymania wystąpienia lub bez uzasadnienia, o czym informuje się zgłaszającego zastrzeżenia. Jeżeli jednak zastrzeżenia zostały zgłoszone bez uchybień podlegają one rozpatrzeniu, czego efektem jest rozstrzygnięcie o uwzględnieniu zastrzeżeń w całości lub w części albo o ich oddaleniu, o czym również informowany jest zgłaszający zastrzeżenia. Świadczeniodawca jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego albo od dnia otrzymania informacji o nieuwzględnieniu zastrzeżeń, do poinformowania NFZ o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Jak widać z powyższego, również i ten etap postępowania kontrolnego wymaga szczególnego zaangażowania się podmiotu kontrolowanego, w szczególności na etapie konstruowania protokołu pokontrolnego, który odzwierciedla stan faktyczny stwierdzony przez kontrolerów. Po akceptacji protokołu trudno podejmować czynności zmierzające do uchylenia się od negatywnych skutków stwierdzonych nieprawidłowości. ■

Protokół jest podpisany przez osoby dokonujące kontroli oraz przez osoby reprezentujące jednostkę kontrolowaną.



**prof. Grażyna
Śmiech-
Słomkowska**

Konsultant
krajowy
w dziedzinie
ortodoncji

Aspekty współczesnej ortodoncji

Stłoczone, nieregularnie ustawione, zwłaszcza zęby przednie, cofnięta lub wysunięta broda mogą wpływać destrukcyjnie na fizjologiczne czynności układu stomatognatycznego, wywoływać negatywne reakcje otoczenia z powodu wyglądu i stres emocjonalny często nieproporcjonalny do rodzaju i nasilenia wady.

Wzrost poziomu życia oraz zwiększona świadomość rodziców i pacjentów są przyczyną poszukiwania leczenia w trosce o wygląd twarzy i zębów, aby wyeliminować istniejące lub zapobiec ewentualnym problemom społecznym. Dla niektórych osób leczenie ortodontyczne ma znaczenie wyłącznie estetyczne.

Częstość występowania wad zgryzu wśród dzieci i młodzieży w Polsce i w innych krajach jest podobna. W zależności od zastosowanych metod oceny warunków zgryzowych wynosi od 36 do 73 proc. Nie wszyscy, u których stwierdzono wadę zgryzu, podejmują leczenie. Szacuje się, że leczenie ortodontyczne jest wskazane dla 25-45 proc. polskiej populacji w wieku do 12 lat.

W pierwszej połowie XX w. leczenie ortodontyczne było prowadzone prawie wyłącznie u dzieci i dorastającej młodzieży. W latach 1990-2000 obserwowany jest wzrost liczby pacjentów dorosłych. Tendencja ta występuje także w Polsce. Aktualnie leczenie dzieci i młodzieży jest podejmowane najczęściej z powodu nieprawidłowych relacji łuków zębowych oraz zaburzeń wyrzynania zębów. Dla wielu dorosłych (powyżej 40. r.ż.) leczenie ortodontyczne łącznie z innymi formami leczenia stomatologicznego jest coraz częściej wskazane z powodu wad zgryzu towarzyszących chorobom przyzębia lub konieczności uzyskania optymalnych warunków rehabilitacji protetycznej. Prawdopodobnie z tego powodu ortodoncja stała się jedną ze specjalności najbardziej pożądanymi przez lekarzy.

Według danych Europejskiej Federacji Specjalistów Ortodontów średnia europejska to jeden specjalista na 35 tys. mieszkańców. Według danych uzyskanych z Centralnego Rejestru Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce liczba mieszkańców przypadająca na jednego specjalistę w dziedzinie ortodoncji wynosi 35 400. W skali kraju liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie ortodoncji jest więc równa średniej europejskiej. Należy podkreślić różnice w trybie prowadzenia specjalistycznej praktyki. W krajach europejskich specjalista w dziedzinie ortodoncji

zajmuje się wyłącznie leczeniem zaburzeń zębowo-zgryzowo-twarzowych. Natomiast w Polsce często uzyskana specjalizacja jest jednym z elementów praktyki ogólnostomatologicznej realizowanym na zasadach komercyjnych.

W Polsce gwarantowane świadczenia z zakresu ortodoncji są finansowane ze środków budżetowych w przypadku dzieci do 12. r.ż., przy czym leczenie jest prowadzone przy pomocy aparatów zdejmowanych. W wielu krajach europejskich koszty leczenia ortodontycznego są finansowane w części lub w całości, odpowiednio do systemu opieki zdrowotnej i środków przewidzianych na stomatologię. Refundacja leczenia ortodontycznego jest zróżnicowana i zależy od rodzaju ubezpieczenia. Na przykład w Holandii, Danii, we Włoszech i w Finlandii pełna refundacja kosztów leczenia ortodontycznego dotyczy wad rozwojowych części twarzowej czaszki oraz morfologicznych wad kostnych. W Danii i Finlandii pacjenci leczenia w ośrodkach publicznych mają zapewnioną pełną refundację kosztów. Natomiast w Czechach refundacja kosztów leczenia przysługuje bez względu na miejsce leczenia – czy jest to gabinet prywatny, czy klinika uniwersytecka. W Luksemburgu większa refundacja kosztów leczenia przysługuje pacjentom leczonym aparatami zdejmowanymi. W przypadku, gdy wady zgryzu są postrzegane jako defekt kosmetyczny (Bułgaria, Cypr, Hiszpania), koszty leczenia ortodontycznego ponosi pacjent. Część państw wyznacza maksymalny czas refundacji kosztów leczenia. W Luksemburgu refundacja obowiązuje 27 miesięcy, we Francji i Belgii przez 3 lata.

W okresie 2010-2012 uprawnienia specjalisty w dziedzinie ortodoncji uzyskało 53 lekarzy dentystów. Należy zaznaczyć, że 18 lekarzy mimo złożenia wszystkich wymaganych dokumentów do egzaminu nie przystąpiło.

Według rejestru NIL, aktualnie w Polsce czynnych zawodowo jest 1112 specjalistów w dziedzinie ortodoncji, przy czym 160 z nich praktykuje w województwie mazowieckim, a zaledwie po 18 specjalistów w województwach lubuskim

*Według
rejestru NIL,
aktualnie
w Polsce
czynnych
zawodowo
jest 1112
specjalistów
w dziedzinie
ortodoncji,
przy czym
160 z nich
praktykuje
w województwie
mazowieckim.*

i świętokrzyskim. Nasuwa się pytanie, czy liczba specjalistów wpływa na dostępność do gwarantowanych świadczeń z zakresu ortodoncji? Wojewódzcy konsultanci wskazują, że powodem wycofywania się specjalistów z podpisywania umów z wojewódzkimi oddziałami NFZ jest zmniejszanie wartości kontraktu do połowy lub części etatu. Dlatego są tworzone listy pacjentów oczekujących. Rodzice niektórych dzieci mimo uprawnienia do leczenia finansowanego z budżetu decydują o finansowaniu zaplanowanego leczenia z własnych środków. W gabinetach prywatnych pacjenci są przyjmowani na bieżąco, a konkurencyjność świadczonych usług wpływa regulująco na rynek.

Przybywa gabinetów, w których jest prowadzone leczenie ortodontyczne przez lekarzy, którzy dotychczas nie uzyskali uprawnień specjalisty. Następstwa leczenia ortodontycznego realizowanego przez lekarzy niespecjalistów można obserwować zazwyczaj po kilku latach. Konieczne jest wówczas powtórne leczenie, często wspomagane zabiegami z dziedziny chirurgii ortognatycznej. W przypadku takich powikłań pacjenci zgłaszają się do ośrodków akademickich.

W obowiązującym wykazie gwarantowanych świadczeń ustalonych według zasad międzynarodowej klasyfikacji chorób, świadczenie pozwala na interwencję w przypadku, kiedy zaburzenie jest zauważone. W wykazie tym nie uwzględniono zapobiegania zaburzeniom zębowym

i zgryzowym. Ze względu na koszty leczenia i możliwości uzyskania właściwej postaci zgryzu zapobieganie wadom zgryzu i wczesne ich leczenie nie straciło na aktualności. W okresie intensywnych przemian wzrostowych można w pewnym zakresie sterować rozwojem szczęki i żuchwy. Należy jednak zauważyć, że niektóre tzw. drobne zabiegi profilaktyczne wykonane we wczesnych okresach uzębienia mieszanego mogą powodować poważne, niekorzystne następstwa. Dlatego niezbędna jest dokumentacja w postaci modeli i zdjęć rentgenowskich.

Częstość wad zgryzu rozpoznawana w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym powoduje, że zapobieganie staje się elementem opieki pediatrycznej. Wieloletnie, dokumentowane informacje na temat znaczenia naturalnego karmienia niemowląt, układania dzieci do snu i w czasie czuwania oraz zapobiegania krzywicy na kształtowanie narządów jamy ustnej, spowodowały upowszechnienie zasad prawidłowej pielęgnacji dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa. Zauważone podczas badania ortodontycznego trudności oddychania przez nos, zaburzenia słuchu i mowy powinny być wyjaśnione przez laryngologa. Widoczne asymetrie w budowie ciała lub podczas wykonywanych czynności powinny być sprawdzone przez ortopedę. Tak więc w uzyskaniu trwałej równowagi między układem zębów i estetyką twarzy wskazane jest współdziałanie specjalistów. ■

Przybywa gabinetów, w których jest prowadzone leczenie ortodontyczne przez lekarzy, którzy dotychczas nie uzyskali uprawnień specjalisty.



**Romuald
Krajewski**

Wiceprezes NRL

Higiena rąk to bezpieczna opieka

Kolejne etapy walki z zakażeniami związanymi z leczeniem są znane wszystkim lekarzom.

Alexander Gordon w 1795 r., Thomas Watson w 1842 r., Oliver Wendel Holmes w 1843 r., Ignaz Semmelweis w 1847 r. i zapewne także inni lekarze, chociaż nie byli w stanie wykazać, co powoduje zakażenia, słusznie zaobserwowali, że mają one związek z rękami lekarzy i... mieli rację oraz trudne życie, bo sprzeciwiali się niezwykle logicznemu stwierdzeniu, że „lekarze są džentelmenami, a džentelmeni mają czyste ręce”. Louis Pasteur w 1879 r. wykazał rolę bakterii i kiedy jego odkrycia upowszechniły się, rola dezynfekcji i ogólnie czystości w leczeniu nie była już kontestowana.

Po wprowadzeniu antybiotyków przez dłuższy czas wydawało się, że problem zakażeń należy już do przeszłości. Ale bakterie nie próżnowały i obecnie dobrze wiemy, że bardzo staranne zapobieganie zakażeniom jest niezbędne, ponieważ coraz częściej antybiotyki są nieskuteczne, a nawet jeżeli zadziałają, leczenie się przedłuża, występują powikłania, bardzo rosną koszty. Wiemy też, że najbardziej niebezpieczne bakterie zbierają się i żyją w placówkach ochrony zdrowia. W Polsce zakażeń związanych z leczeniem jest prawdopodobnie co najmniej 250 tys. rocznie i zapewne powodują one przynajmniej 5 tys. zgonów oraz dodatkowe koszty rzędu 800 mln. zł. Oczywiście nie jesteśmy wyjątkiem. WHO ocenia, że na świecie zakażenia związane z leczeniem występują u około 10 proc. leczonych. W Europie ulega im ponad 4 mln osób rocznie, średnio około 7 proc. leczonych i powodują 16 mln dodatkowych dni hospitalizacji, są bezpośrednią przyczyną 37 tys. zgonów i jednym z czynników w około 110 tys. zgonów, zaś dodatkowe koszty wynoszą około 7 mld EUR.

Nie wydaje się, aby w przewidywalnej przyszłości problem zakażeń udało się rozwiązać, ale możemy zmniejszyć częstość ich występowania. Najczęstszy sposób przenoszenia bakterii ciągle jest taki sam, jak w czasach Semmelweisa. Wówczas w oddziałach położniczych z powodu zakażenia umierało ponad 10 proc. kobiet. Współcześnie ręce personelu medycznego są znacznie czystsze i większość zakażeń potrafimy skutecznie leczyć. Podejmując działania o udowodnionej skuteczności, można jednak dodatkowo ograniczyć częstość występowania zakażeń związanych z leczeniem o około 50 proc. W wielu pracach wykazano, że zastosowanie zaleceń dotyczących

dezynfekcji rąk obniża częstość przenoszenia drobnoustrojów i występowania zakażeń szpitalnych. Wykazano również trudności z upowszechnieniem poprawnej praktyki w tym zakresie. W najlepszych ośrodkach poprawne procedury są stosowane w ok. 2/3 czynności, a obserwacyjne badanie w Polsce wykazało, że o ile prawie wszyscy pracownicy oceniają dobrze własną higienę rąk, to w rzeczywistości poprawnie dezynfekuje ręce 53 proc. W tym badaniu lekarze wypadli znacznie gorzej niż inne grupy zawodowe.

WHO w 2005 r. rozpoczęła akcję „Clean Care is Safer Care” (www.who.int/gpsc/en/). Częścią tej akcji jest działanie na rzecz dezynfekowania rąk przez personel medyczny („Clean Your Hands”). Jej celem jest upowszechnienie wśród personelu medycznego, zarządzających ochroną zdrowia i wśród pacjentów wiedzy o zapobieganiu zakażeniom przenoszonym na rękach oraz powszechnego stosowania zweryfikowanych metod postępowania w praktyce. W Polsce akcję koordynuje Centrum Monitorowania Jakości i do udziału w fazie pilotażowej, której celem jest dokonanie oceny kultury mycia rąk na podstawie standardowych formularzy opracowanych przez WHO, zgłosiły się 63 szpitale. Samorząd lekarski jest jedną z organizacji wspierających program nazwany w Polsce „Higiena rąk to bezpieczna opieka”.

Najprawdopodobniej o tym programie jeszcze nie raz będziemy mówić i pisać. Na stronach WHO oraz na stronie CMJ (www.cmj.org.pl/clean-care/index.php) można znaleźć szczegółowe informacje o problemach zakażeń związanych z leczeniem oraz o programie. Dostępne są także materiały instruktażowe. Czytając je, można zorientować się, że wprowadzenie poprawnej praktyki dezynfekcji rąk nie jest całkiem proste i łatwe. Z wielu ważnych zaleceń warto zwrócić uwagę zwłaszcza na jedno – konieczność zapewnienia wszystkim pracownikom mającym kontakt z pacjentami łatwego dostępu do środków skutecznie dezynfekujących ręce. Jeżeli tak nie jest, część albo wszystkie momenty, w których należy użyć płynu dezynfekującego, będą pomijane.

WHO wprowadziła szereg pojęć, które są podstawą właściwej organizacji i postępowania w zakresie higieny rąk. Pierwszym jest „punkt opieki”, czyli każde miejsce skupiające trzy elementy: pacjenta, personel medyczny i czynności opiekuńczo-lecznicze wyma-

*W Polsce
zakażeń
związanych
z leczeniem
jest
prawdopodobnie co
najmniej
250 tys.
rocznie
i zapewne
powodują
one
przynajmniej
5 tys.
zgonów oraz
dodatkowe
koszty rzędu
800 mln zł.*

gające kontaktu z pacjentem lub jego otoczeniem. Preparat do odkażania rąk powinien być dostępny w tym punkcie na stałe lub może być przyniesiony z osobami wykonującymi czynności opiekuńczo-lecznicze, a wykonanie odkażenia rąk nie powinno wiązać się z opuszczeniem strefy pacjenta definiowanej jako pacjent i wszystkie przedmioty przez niego dotykane lub z którymi ma on bezpośredni kontakt.

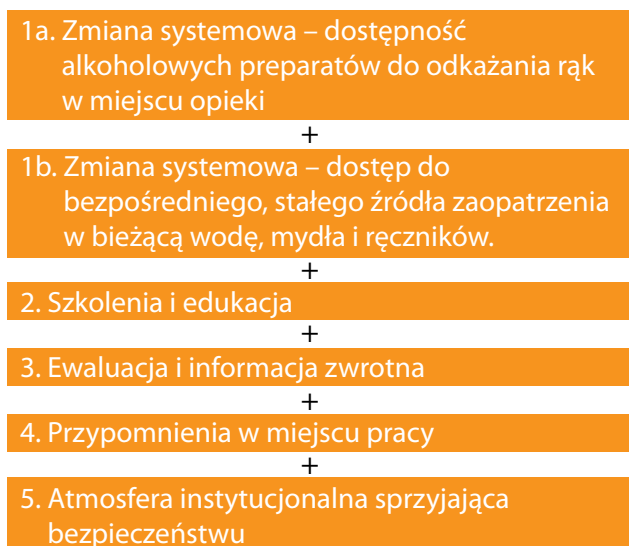
Wytyczne WHO zawierają szczegółowe instrukcje, jak należy wykonywać poszczególne zabiegi higieny rąk w różnych sytuacjach. Do tego niezbędna jest odpowiednia infrastruktura i w Polsce na pewno jesteśmy pod tym względem w nienajgorszej sytuacji, nie musimy zastanawiać się nad dostępnością bieżącej wody czy odpowiednich preparatów. Gdzie są one rozmieszczone, to już inna sprawa. W strategii na rzecz poprawy higieny rąk opisano pięć składników, pięć kroków i pięć stopni. Rycina 1. przedstawia składniki, czyli elementy edukacji i organizacji, które stanowią podstawę do stosowania pięciu kroków higieny rąk. Kroki, które także można nazwać momentami, w których należy dokonać odkażenia rąk, to sytuacje

związane z leczeniem i opieką. Przedstawia je Rycina 2. Stopnie dotyczą kolejnych etapów wdrażania i oceny programu (Rycina 3.).

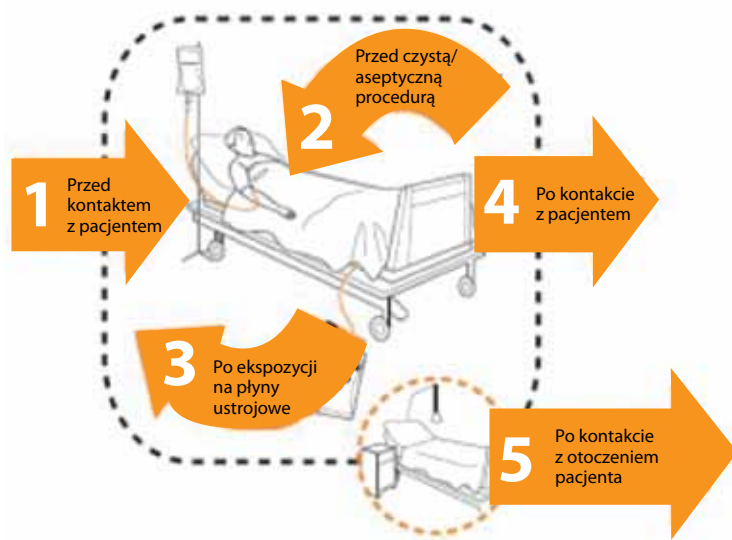
Już krótki przegląd zalecanych działań wskazuje, że pełne wprowadzenie zaleceń wymaga sporego wysiłku i zaangażowania. Konieczne jest uświadamianie pracownikom problemu i kształcenie praktycznych umiejętności oraz nawyków. Na pewno chcielibyśmy, zwłaszcza będąc pacjentami, aby nie było to tak trudne, jak w XIX w. Jesteśmy w lepszej sytuacji, dobrze znamy mechanizmy zakażeń, nie musimy nikogo przekonywać do potrzeby ochrony pacjenta przed drobnoustrojami. Ale między wiedzą a praktyką zawsze jest różnica. Niewątpliwie działa tu mechanizm podobny do uzasadniania ryzykownych zachowań w ruchu drogowym – owszem zakażenia/wypadki są problemem, ale mnie to się nigdy nie przydarza, bo mam czyste ręce / jestem doskonałym kierowcą. Wspomniane słabe wyniki w zakresie higieny rąk raczej nie dziwią. Powinniśmy to aktywnie zmieniać, aby w ochronie zdrowia było bezpieczniej niż na polskich drogach. ■

Wytyczne WHO zawierają szczegółowe instrukcje, jak należy wykonywać poszczególne zabiegi higieny rąk w różnych sytuacjach.

Rycina 1. Pięć składników „Wielomodelowej strategii WHO na rzecz poprawy higieny rąk”



Rycina 2. Pięć kroków higieny rąk w opiece zdrowotnej



Rycina 3. Podejście stopniowane



Ryciny z dokumentu „Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej – podsumowanie”.

Mobilność wciąż się liczy

Lidia
Sulikowska

To, że minęły czasy lekarzy pracujących tylko w naszym kraju i to wyłącznie na etat, wiemy od dawna. Po wejściu Polski do UE nastąpił boom na pracę za granicą. Jednak ten trend powoli przemija, a coraz bardziej popularna staje się praca w kraju tzw. dyżuranta zewnętrznego – w kilku placówkach, często oddalonych wiele kilometrów od miejsca zamieszkania.



Wyjazdy zagraniczne, szczególnie do Wielkiej Brytanii (ze względu na jęz. angielski, którego znajomość jest najpopularniejsza) jeszcze kilka lat temu kusily wielu specjalistów. Ich doświadczenia są różne – jedni są zadowoleni, inni mniej, choć zazwyczaj nie żałują, że wyjechali.

Doświadczenie i finanse

Jan Markowicz ze Szczecina, lekarz dentysta i specjalista z protetyki stomatologicznej z 15-letnim stażem, rozpoczął przygodę z UK w 2005 r. – Pracowałem tam w jednym z prywatnych gabinetów stomatologicznych. Wyjechałem za granicę, bo warunki pracy i płacy w Polsce były opłakane. Pensja na wyspach była nieporównywalnie wyższa – opowiada Jan Markowicz. Po trzech latach powrócił do kraju, ale w czerwcu 2010 r. dostał angaż w Wielkiej Brytanii jako implantolog w prywatnej klinice implantologicznej. Była to praca w trybie wahadłowym: tydzień tam i tydzień w kraju. – Anglicy miło mnie przyjęli. Moja narodowość w niczym im nie przeszkadzała. Zarówno pacjenci, jak i pracodawcy w UK są przyjaźnie nastawieni do lekarzy. System pracy jest bardzo dobrze zorganizowany. Największym atutem są warunki pracy, także te finansowe, poza tym wyjazd może być też ogromną szansą. Ja miałem szczęście pracować przez 2 lata jako główny implantolog w jednej z czterech klinik, dzięki czemu zdobyłem ogromne doświadczenie w tej dziedzinie medycyny. Ale taka praca miała też swoje wady – cotygodniowe wyjazdy były bardzo obciążające, zarówno dla mnie jak i mojej rodziny. Dlatego w lipcu 2012 r. wróciłem na stałe do Polski. Patrząc z perspektywy czasu, mogę powiedzieć, że decyzja o wyjeździe była bardzo dobra, choć chyba nie

zdecydowałbym się ponownie. Tamtejszy rynek pracy w dużym stopniu się nasycił. Powoli zanika różnica w wynagrodzeniach, a i dystans do domu jest zbyt duży. Mam jednak znajomych, którzy tam mieszkają, i nie zamierzają wracać do kraju – mówi lekarz ze Szczecina.

Bez sielanki

O swoich doświadczeniach w pracy za granicą opowiedziała nam także Izabella Golińska, lekarka dentystka z Kluczborka ze specjalizacją z chirurgii stomatologicznej. Wyjechała sześć lat temu. Od czterech lat jest z powrotem w kraju. – Chciałam odpocząć od pracy w Polsce, bo miałam pacjentów od rana do wieczora. W Wielkiej Brytanii jest inaczej. Na miejscu okazało się, że ofert pracy jest dużo, ale gabinety, które odwiedzałam, pozostawiały wiele do życzenia. Złe warunki lokalowe, na dodatek niezbyt czyste, sprzęt także niezadowolający. Wśród 30 obejrzanych potencjalnych miejsc pracy był jeden gabinet, który standardem przypominał te w Polsce. Tak było pod Londynem, ale może w innym rejonach jest lepiej – relacjonuje doktor Golińska. Szybko jednak się przekonała, że pacjentom takie warunki nie przeszkadzają. Ponadto bardzo wierzą lekarzowi, co ułatwia współpracę. – Faktycznie tam odpoczęłam. Pracowałam na 50 proc. tego, co musiałabym w Polsce, za nieporównywalnie większe pieniądze. Zawodowo natomiast nie rozwinęłam się, ponadto zaobserwowałam, że lekarze różnie się przykładają do pracy i nie ma chyba takiej troski o pacjenta, jaka jest u nas. Ponadto ich umiejętności określiłabym jako średnie. To była ciekawa przyгода mimo wszystko. Wróciłam, bo moja córka skończyła

Zarówno pacjenci, jak i pracodawcy w UK są przyjaźnie nastawieni do lekarzy. System pracy jest bardzo dobrze zorganizowany.

sześć lat i chciałam, żeby rozpoczęła edukację w Polsce – opowiada stomatolog z Kluczborka.

Perspektywa rozwoju

Do Anglii kilka razy wyjeżdżał też pewien pediatra z Łodzi (rozmówca zgodził się wypowiedzieć anonimowo, nazwisko znane redakcji). Zazwyczaj były to kilkumiesięczne kontrakty, zawierane zawsze z tym samym szpitalem, na oddziale neonatologicznym z intensywną terapią, ale na różnych stanowiskach, ostatnio konsultanta. – Powody wyjazdu są oczywiste. Byłem sfrustrowany zarobkami. Ponadto w Polsce lekarze pracują według odmiennego systemu. Nie ma jasnej ścieżki awansu, jest ordynator i cała reszta bez perspektyw rozwoju. Tam jest inaczej. Zaczyna się jako młody lekarz, który po kilku latach bardziej się usamodzielnia, aż awansuje na konsultanta, który opiekuje się częścią oddziału i poradnią. Konsultanci ze sobą współpracują i wspierają się. Poza tym w UK każdy lekarz ma własny kąt, w Polsce przez 23 lata pracy nie dorobiłem się własnego biurka – opowiada lekarz z Łodzi, który jednak wrócił do kraju ze względów rodzinnych. – Dzięki wyjazdowi nabrałem doświadczenia, rozwinąłem się. Teraz pracuję w jednym z łódzkich szpitali – dodaje.

Teraz Polska

Choć trudno powiedzieć, ilu lekarzy obecnie jest za granicą (nie prowadzi się takich statystyk), to wydaje się, że trend emigracji zarobkowej przemija. O ile w 2005 r. ponad 2300 lekarzy i lekarzy dentyistów odebrało w swoim OIL zaświadczenia o postawie etycznej, które zazwyczaj jest wymagane przez pracodawców zagranicznych, to już w 2011 r. ta liczba zmniejszyła się do niecałych 400 osób. Także młodzi lekarze, którzy bezpośrednio po studiach decydują się na wyjazd, robią to z coraz mniejszą werwą (58 w 2005 r., 5 w 2012 r.). Lekarze najwyraźniej widzą coraz lepsze perspektywy pracy w kraju. Coraz popularniejsza staje się praca tzw. dyżuranta zewnętrznego. Szpitale, mając problem z obsadzeniem siatki dyżurowej, coraz chętniej sięgają po lekarzy, często z odległych rejonów Polski. Na przykład do Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze na dyżury przyjeżdża urolog, lekarz w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej oraz hematolog – wszyscy z Wielkopolski. – Mam wielu znajomych, którzy w ten sposób pracują. Sam tak w przeszłości pracowałem – informuje Piotr Wesołowski, zastępca dyrektora ds. lecznictwa Szpitala Powiatowego w Wołominie (woj. mazowieckie), lekarz nefrolog. W placówce, którą obecnie reprezentuje, jest wielu lekarzy z zewnątrz, którzy dyżurują kilka razy w miesiącu. Przykładem może być SOR czy oddział chorób wewnętrznych. – Zapotrzebowanie na takiego lekarza uzależnione jest od konkretnego kierownika danego oddziału i w dużej mierze zależy od tego, ilu lekarzy tam pracuje na cały etat w stosunku do lekarzy kontraktowych. Im więcej, tym trudniej wypełnić siatkę dyżurową – wyjaśnia Piotr Wesołowski. – Myślę, że takich lekarzy będzie przybywało, bo szpitale mają spore niedobory kadrowe – dodaje z-ca dyrektora ds. medycznych wołomińskiej placówki.

Dyżurantów jest coraz więcej, choć znalezienie takiej formy zatrudnienia nie zawsze jest łatwe, szczególnie w przypadku wązszych specjalizacji. Przykładem może być pewien kardiochirurg, chcący zachować anonimowość,

który na co dzień pracuje w jednym z miast Polski centralnej, a raz w miesiącu jedzie do oddalonego o ponad 200 km szpitala, aby odbyć 48-godzinny dyżur. – Oddział, z którym współpracuję, opiera się głównie na dyżurantach zewnętrznych, ale to nie znaczy, że tam pracują przypadkowe osoby. Mamy dobre wyniki. Nie miałem problemów z aklimatyzacją. Oczywiście problemem jest dojazd, ale tu nie tyle istotna jest odległość, co kwestia dobrej drogi. Wolę jechać autostradą kilkaset kilometrów niż 50 km lokalną drogą. Jest jednak stres, czy zdążę – to na pewno. Żeby tak pracować, trzeba być dobrze zorganizowanym. Jednak dzięki wyjazdom wychodzi się z cienia, poznaje nowych ludzi, otwiera się okazja na nowe perspektywy rozwoju. Jestem bardzo zadowolony, bo korzyści jest więcej niż niedogodności – ocenia kardiochirurg.

Zdaniem Piotra Wesołowskiego ze szpitala w Wołominie znajdują się (pewnie już się znaleźli) i tacy, którzy całą swoją pracę opierają na dyżurach w różnych placówkach. – To mniej obciążające pod tym względem, że nie trzeba prowadzić pacjenta, nie trzeba się zmagać z jego rodziną czy problemami pozamedycznymi. Poza tym jest większy luz psychiczny, bo nie jest się przywiązany do jednego miejsca pracy. To pewnego rodzaju panaceum na zespół wypalenia – dodaje Piotr Wesołowski.

Nie ma się co łudzić, zawód lekarza nie przestanie być mobilny, bo takie są realia systemów opieki zdrowotnej, nie tylko w Polsce. Czy to dobrze, czy źle – czas pokaże. ■

Dyżurantów jest coraz więcej, choć znalezienie takiej formy zatrudnienia nie zawsze jest łatwe, szczególnie w przypadku wązszych specjalizacji.

Po sprawność do kolejki

Lucyna
Krysiak

Endoprotezoplastykę na Zachodzie wykonuje się we wczesnej fazie choroby zwyrodnieniowej stawów. W Polsce takie zabiegi przeprowadza się za późno, co wielu chorym uniemożliwia powrót do pełnej aktywności.

Na wszczepienie endoprotezy stawu biodrowego refundowane przez NFZ czeka się średnio 3 lata, a stawu kolanowego jeszcze dłużej. Ortopedzi alarmują, że jeśli to się nie zmieni, stanimy się społeczeństwem inwalidów. Uważają, że konieczne jest zrewidowanie obecnego systemu refundacji tego rodzaju zabiegów przez NFZ. Sugerują też, aby wprowadzać takie rozwiązania organizacyjne, które pozwolą skrócić kolejki na operacje, bowiem czekanie latami pozbawia chorych szansy na powrót do pełnej aktywności zawodowej. Potrzebny jest więc nie tylko wzrost nakładów finansowych na endoprotezoplastykę, ale zmiana podejścia do problemu. – Chodzi nam o to, aby do operacji kwalifikować pacjentów we wczesnej fazie, u których nie doszło jeszcze do całkowitego ograniczenia ruchomości. Postępujący proces choroby zwyrodnieniowej powoduje, że odruchowo pacjent odciąża chory staw, przeciążając tym samym inne oraz kręgosłup – tłumaczy dr. n. med. Jerzy Kociuga, ordynator Oddziału Ortopedycznego w Poddębickim Centrum Zdrowia. – Jeśli wszczepienie endoprotezy jest przeprowadzone odpowiednio wcześniej, znacznie krócej trwa rehabilitacja i pacjent już po pół roku wraca do pracy. Nie pobiera rent, zasiłków, nie jest więc obciążeniem dla rodziny i społeczeństwa – dodaje.

Można coś zrobić

Ortopedzi z Krakowa wyliczyli, że pacjent operowany w krótkim czasie od zdiagnozowania choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego czy kolanowego, mimo wysokich kosztów operacji (w tym cena endoprotezy) jest i tak wielokrotnie tańszy niż operowany dopiero po kilku latach. Ten pierwszy będzie kosztował państwo około 50 tys. zł, a ten drugi około 250 tys. zł. – NFZ nie płaci rent, zasiłków chorobowych, świadczeń rehabilitacyjnych, ale to są pieniądze podatnika, powinno więc nam zależeć, aby jeszcze aktywny zawodowo człowiek nie zamienił się w niepełnosprawnego pobierającego zasiłek – mówi J. Kociuga. Uważa, że nawet przy obecnej mizerii finansowej szpitali i niskich kontraktach można coś z tym zrobić. Oddział ortopedyczny, którym kieruje, dostaje od szpitala określoną sumę pieniędzy, którą musi się gospodarzyć. Z pieniędzy tych opłacane są wynagrodzenia i zakup implantów. Kupno leków, wyżywienie

oraz inne koszty utrzymania (prąd, CO) szpital opłaca we własnym zakresie. To pozwala lepiej zorganizować pracę i oszczędniej gospodarować pieniędzmi. – Sam decyduję, gdzie i za ile kupuję protezy oraz inne środki medyczne, bo jako podwykonawcy nie obowiązują mnie przetargi. Sam negocjuję też ceny, omijając pośredników, co obniża koszty i skraca czas hospitalizacji pacjenta – wylicza doktor Kociuga. Wybiera te protezy, które są najczęściej wszczepiane, bo to weryfikuje ich jakość i ogranicza powikłania. Coraz więcej oddziałów ortopedii w Polsce staje się podwykonawcami dla szpitali i stosuje te praktyki.

Statystyki porażają

Liczba endoprotezoplastyk, szczególnie kolana, jest w Polsce bardzo niska. Rocznie wykonuje się 60 tys. tego rodzaju zabiegów, w tym 48 tys. stawu biodrowego i 12 tys. kolanowego, a oczekujących jest dwa razy więcej. Na tysiąc mieszkańców przypada tu 0,6 protezy. W Czechach wskaźnik ten wynosi 2, a w Niemczech 5. Dolegliwości w obrębie stawów nasilają się z wiekiem, po pięćdziesiątce cierpi na nie od 5 do 7 proc. społeczeństwa, a więc setki tysięcy osób i częściej problemy te dotyczą kobiet. Jedną z przyczyn jest brak ruchu i nadwaga. Zbyt długie siedzenie przed telewizorem, przy komputerze osłabia tkankę mięśniową, upośledzając tym samym prawidłową pracę stawów kluczkowych dla ruchu. W pierwszym etapie choroby zwyrodnieniowej można jeszcze zadziałać farmakologicznie, stosując leki znoszące ból i stany zapalne, zaleca się też unikanie nadmiernego obciążania stawów. Choroba zwyrodnieniowa stawów rozwija się systematycznie. W końcu osiąga takie stadium, że mimo stosowania silnych leków przeciwbólowych, u pacjenta pojawiają się bóle nocne, a kość ulega dalszej degradacji. Na tym etapie zabieg uwalnia od bólu, ale nie zawsze pozwala powrócić do pełnej sprawności. Na Zachodzie operowani pacjenci to w większości 45- i 50-latkowie, ludzie czynni zawodowo, którzy wracają do pracy, do uprawiania sportu, słowem – normalnego życia. W Polsce największa grupa operowanych to osoby w wieku od 70 do 79 lat. Po 10-15 latach proteza się zużywa i tam normalnym zjawiskiem jest, że po tym czasie wymienia się ją na nową. W Polsce tego rodzaju zabiegi rzadko wchodzi, przynajmniej na razie, w rachubę. Najbezpieczniej więc

Coraz więcej oddziałów ortopedii w Polsce staje się podwykonawcami dla szpitali.

operować 70 latka, wychodząc z założenia, że proteza wystarczy mu do końca życia. Jeśli pacjenta operuje się w chwili, kiedy kość jest jeszcze w miarę zdrowa, korzyści z tego rodzaju operacji są nie do przecenienia. Nie da się więc uciec od rozważań na temat przyszłości endoprotezoplastyki, szczególnie że coraz później będziemy przechodzić na emerytury i od sprawności ruchowej będzie zależeć, czy na nią zapracujemy. Przeszkody w protezowaniu stawów biodrowych i kolanowych przypominają sytuację, w jakiej przed laty znajdowała się kardiologia interwencyjna. Nasylenie pracowniami hemodynamiki jest obecnie na poziomie europejskim, co skutkuje spadkiem liczby zgonów z powodu zawałów serca. Czy kiedyś tak samo będzie z endoprotezoplastyką?

Idzie ku lepszemu

Prof. Paweł Małydk, krajowy konsultant w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, twierdzi, że problem kolejek do endoprotezoplastyki jest z jednej strony związany z niedostateczną ilością środków przeznaczanych na ten cel przez NFZ (zawsze priorytet mają z oddziałach nagłe stany urazowe), ale też jest związany z mentalnością chorych, dla których operacja to ostateczność, często bronią się przed nią zbyt długo i to oni zwlekają z tego rodzaju decyzją. Profesor zaznacza, że do operacji zawsze są wskazania medyczne określone indywidualnie dla każdego pacjenta w zależności od stopnia zaawansowania choroby zwyrodnieniowej stawów. Dlatego trudno tutaj wprowadzać kryterium dotyczące wieku. – Wiadomo, że choroba zwyrodnieniowa stawów nie cofnie się, jeśli więc nasilają się dolegliwości bólowe, nawet jeśli okresowo łagodnieją, trzeba się liczyć z operacją i w tym wypadku im wcześniej, tym lepiej – tłumaczy prof. Paweł Małydk. WHO uznała endoprotezoplastykę za najskuteczniejszą metodę leczenia, argumentując ten punkt widzenia tym, że w czasie jednej operacji uwalnia się chorego od bólu i pozwala mu odzyskać ruch. Okazuje się, że problem dostępności do wymiany stawu biodrowego i kolanowego dotyczy nie tylko Polaków. By uniknąć długiego oczekiwania na operację, Niemcy i Anglicy jeździli wszczepiać endoprotezy do Hiszpanii. Dopiero dodatkowe dofinansowanie tych procedur przywróciło płynność i pozwoliło skrócić czas oczekiwania na operację do 3 miesięcy. – Może idąc tym śladem, również w Polsce powinno się zastosować ten manewr i choćby na pewien czas dofinansować endoprotezoplastykę, aby udroźnić wąskie gardło powstałe z najcięższej chorych – zastanawia się prof. Małydk. Uważa jednak, że idzie ku lepszemu, bo jeszcze kilka lat temu rocznie wszczepiano 1500 endoprotez kolana, a na operację czekało się nawet 5 lat i dłużej. Ceny endoprotez w Polsce kupowanych na przetargach nie są wysokie, są niższe niż w krajach Europy i wielokrotnie niższe niż w USA. Główny problem to kontrakty dla oddziałów ortopedycznych, bo „moce przerobowe” są. W Niemczech implantuje się ok. 400 tys. endoprotez rocznie (najwięcej na świecie), a w USA 1 mln 200 tys., ale tam żyje 300 mln ludzi. Aby zaspokoić potrzeby chorych w Polsce, powinno się wszczepiać 100 tys. endoprotez rocznie i to rozładowałoby kolejkę. ■

*Okazuje się,
że problem
dostępności do
wymiany stawu
biodrowego
i kolanowego
dotyczy nie
tylko Polaków.
By uniknąć
długiego
oczekiwania
na operację,
Niemcy
i Anglicy jeździli
wszczepiać
endoprotezy do
Hiszpanii.*

Dylematy etyczne

– czy lekarz powinien zapewniać pacjentom opiekę duchową?

Ryszard
Golański

Kwietniowa konferencja zorganizowana przez: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Towarzystwo Internistów Polskich, Naczelną Izbę Lekarską oraz Prowincję Polską Zakonu Szpitalnego św. Jana Bożego, poruszała ważne w codziennej pracy lekarzy tematy.



*Opieka
duchowa,
wbrew
pierwszemu
skojarzeniu,
to nie tylko
opieka
duszpasterska,
a osoba,
która może
ją pacjentowi
zapewnić, to
często nie
jest kapłan,
ale lekarz
(niestety
rzadko),
pielęgniarka,
a nawet
salowa.*

Tematem przewodnim spotkania było zapewnienie chorym opieki duchowej podczas leczenia w szpitalu, ze szczególnym uwzględnieniem roli lekarzy w tej opiece. Swoimi doświadczeniami i przemyśleniami dzielili się przedstawiciele różnych zawodów i środowisk. Wśród wykładowców było wielu lekarzy i duchownych, ale także etycy oraz prawnicy. Charakterystyczne dla tej konferencji było to, że do dyskusji panelowej zaproszono przedstawicieli wielu kościołów. Obok księży katolickich można było wysłuchać pastorów dwóch kościołów protestanckich oraz duchownego prawosławnego. Piszę o tym dlatego, że tę wymianę poglądów i konkretnych przykładów uważam za jeden z ciekawszych punktów całego sympozjum. Można się było dowiedzieć o niewielkich, ale moim zdaniem istotnych różnicach w podejściu duchownych do sposobów niesienia pomocy człowiekowi choremu, często osamotnionemu w swoim nieszczęściu, jakim jest choroba, często nieuleczalna. Przejmująco mówiła o tym w wystąpieniu rozpoczynającym sympozjum Anna Dymna, prezes krakowskiej Fundacji „Mimo wszystko”. Opowiadała nie tylko o swoich doświadczeniach w opiece nad chorymi dziećmi, ale także o własnych, nie zawsze przyjemnych przeżyciach, związanych z po-

bytem w szpitalu. O tym, jak bardzo różni się w mentalność i oczekiwania polskiego pacjenta z jednej strony, z drugiej zaś przygotowanie personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy, do problemu opieki duchowej, dowiodły wykłady i wypowiedzi w dyskusji prof. Christiny Puchalski z Waszyngtonu oraz dr Anny Vandenhoeck z Leuven w Belgii. W kulisach słyszałem słowa zdziwienia, że dr Vandenhoeck jest katolickim świeckim kapłanem, zajmującym się pacjentami w szpitalach i szkolącym lekarzy i pielęgniarki w zakresie opieki duchowej. Ciekawe były wypowiedzi księży bonifratrów, doświadczonych w prowadzeniu szpitali w Krakowie i w Łodzi.

Opieka duchowa, wbrew pierwszemu skojarzeniu, to nie tylko opieka duszpasterska, a osoba, która może ją pacjentowi zapewnić, to często nie jest kapłan, ale lekarz (niestety rzadko), pielęgniarka, a nawet salowa. Przede wszystkim zaś rodzina. Sympozjum zrodziło we mnie kilka refleksji i pytań. Jak przygotowywani są do sprawowania opieki duchowej absolwenci polskich uczelni medycznych? Jak taką opiekę sprawować ma polski lekarz pracujący często w warunkach wręcz ją uniemożliwiających? Z pewnością wrócimy do tego ważnego tematu na naszych łamach. ■

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy
i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej
zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z województwa mazowieckiego
(wykonujących pracę lub zamieszkałych na Mazowszu),
mających zarejestrowaną praktykę lekarską
lub zatrudnionych w mikro lub w małych przedsiębiorstwach
na szkolenia w ramach projektu:**

**„Lekarz – przedsiębiorca na mazowieckim rynku pracy.
Szkolenia kompetencyjne szansą
na wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw branży medycznej.”**

**Szkolenia akredytowane,
uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.**

Tematy szkoleń:

- „Wykorzystanie nowych mediów dla budowania wizerunku
lekarza i promocji własnej praktyki medycznej. Teoria i praktyka.”**
– 24.05.2013 (pt.), 21.09.2013 (sob.), 16.11.2013 (sob.), 07.12.2013 (sob.)
- „Formy wykonywania zawodu lekarza - skutki prawne w aspekcie odpowiedzialności prawnej,
w tym finansowej wobec NFZ, pacjenta, podmiotu leczniczego”**
– 18.05.2013 (sob.), 08.06.2013 (sob.), 19.10.2013 (sob.)
- „Recepty, refundacje, odpowiedzialność lekarza...”**
– 17.05.2013 (pt.), 07.06.2013 (pt.), 13.09.2013 (pt.), 18.10.2013 (pt.)
- „Asertywność ...”** – 18.05.2013 (sob.), 08.06.2013 (sob.), 22.09.2013 (ndz.), 16.11.2013 (sob.)
- „Jak pracować z trudnym pacjentem ...”** – 25.05.2013 (sob.), 09.06.2013 (ndz.), 21.09.2013 (sob.)
- „Jak radzić sobie z konfliktowymi sytuacjami i agresją”** – 09.06.2013 (ndz.), 22.09.2013 (ndz.)
- „Jak rozpoznać uzależnienie i jak skutecznie pomagać uzależnionym
(w tym swoim kolegom)?”** – 10.06.2013 (pn.), 21.10.2013 (pn.)
- „Krótki trening kreatywnego myślenia dla lekarzy i lekarzy dentystów”**
– 14.06.2013 (pt.), 14.09.2013 (sob.)
- „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”**
– 26.05.2013 (ndz.), 15.06.2013 (sob.), 14.09.2013 (sob.)
- „Sztuka motywacji w praktyce lekarza”** – 16.06.2013 (ndz.), 20.10.2013 (ndz.)
- „Techniki negocjacji-warsztaty”** – 25.05.2013 (sob.)
- „Techniki negocjacji-warsztaty dla stomatologów”** – 16.06.2013 (ndz.), 17.11.2013 (ndz.)
- „Warsztaty autoprezentacji dla lekarzy”** – 26.05.2013 (ndz.)
- „W co grają ludzie? – Skuteczna obrona przed manipulacjami w pracy lekarzy”**
– 24.05.2013 (pt.), 15.09.2013 (ndz.)

Informacje, terminy i zapisy:

www.pokl.nil.org.pl lub tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44

**Rafał
Cekała**

**Specjalista
elektroniki
i telekomunikacji**

Kalkulacja i obawy

Czy małe gabinety wytrzymają obciążenia związane z informatyzacją służby zdrowia?

Od sierpnia 2014 r. dokumentacja medyczna ma być prowadzona w postaci wyłącznie elektronicznej przez wszystkie podmioty działalności leczniczej niezależnie od tego, czy współpracują z NFZ. Przepisy dot. elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) określa szereg ustaw i rozporządzeń MZ, MSW, GIO-DO oraz normy. Wynika z nich konieczność zapewnienia bezpieczeństwa informacji (rozumianego jako: poufność, integralność, dostępność, rozliczalność, autentyczność, niezaprzeczalność, niezawodność) – danych medycznych w każdym eksploatowanym systemie EDM w wystarczająco długim czasie 20 lat.

Dla lekarza i pacjenta szczególnie istotne jest zapewnienie dostępu do EDM oraz niekwestionowanej wartości dowodowej w sądach. W obecnym stanie prawnym jedyny dokument elektroniczny o wartości dowodowej podpisanego dokumentu papierowego to dokument podpisany bezpiecznym podpisem elektronicznym (przypadek faktury elektronicznej). Wszystkie inne rozwiązania będą podlegały ocenie sądu w przypadku zgłoszenia przez stronę uzasadnionych wątpliwości. To potencjalnie duża trudność lub koszt dla lekarza.

Kalkulacje i obawy

Wdrożenie systemu EDM w praktyce lekarskiej dla 4 lekarzy to koszt 26 tys. zł (plus 20 tys. zł koszt radiowizjografii cyfrowej, by uniknąć ewentualnego skanowania zdjęć rtg dla przypadku praktyki stomatologicznej). Do przygotowania kalkulacji wykorzystano ofertę firmy produkującej oprogramowanie dla gabinetów w oparciu o historię na rynku, bliskość serwisu, stosowanie podpisu elektronicznego.

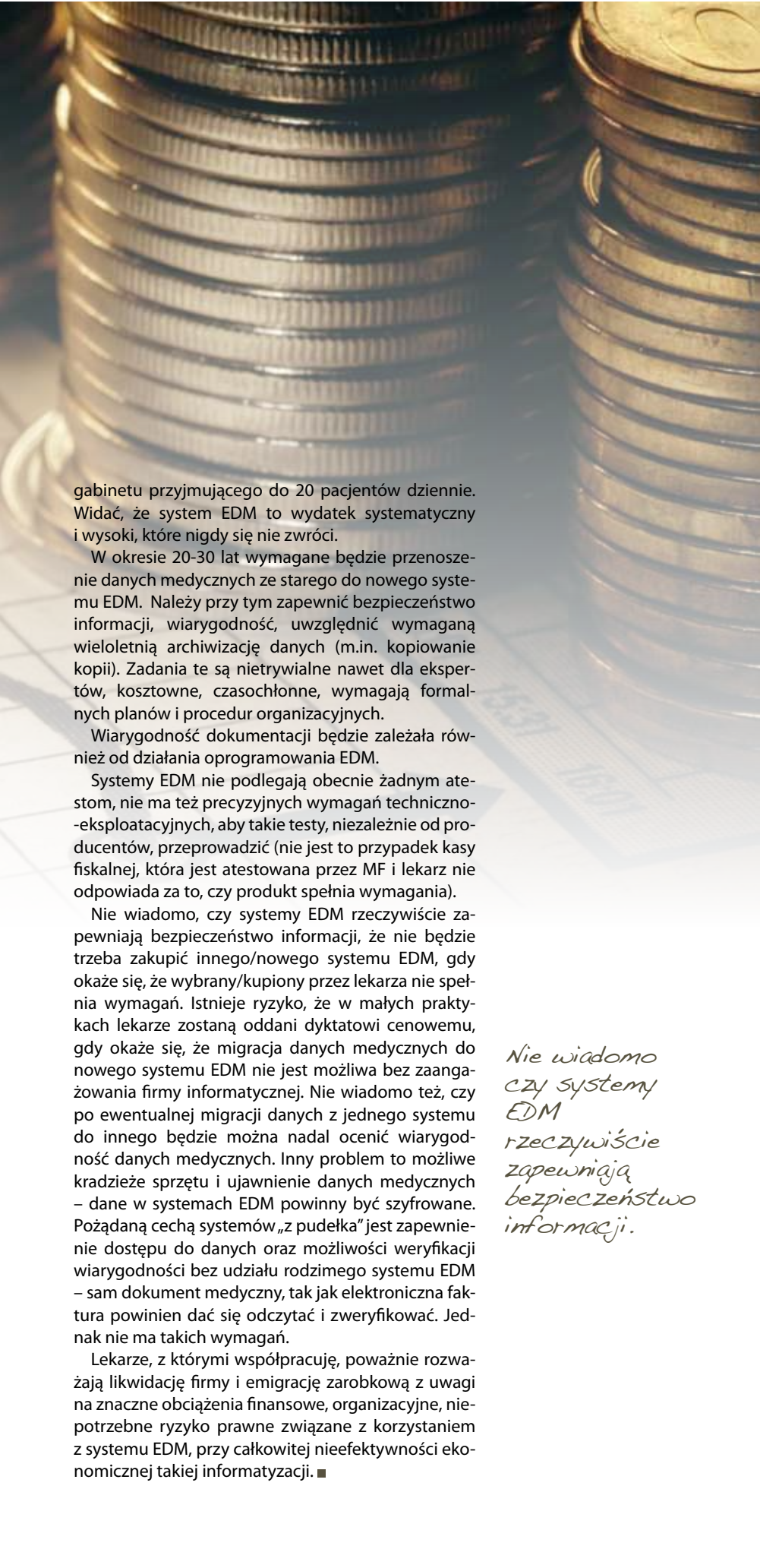
Składniki systemu: oprogramowanie EDM, bazy danych (darmowe), 2 komputery jako serwery (oddzielne od terminala/laptopa ze względu na wymagane bezpieczeństwo informacji), zasilacze UPS, sieć bezprzewodowa, zabezpieczenia sieci energetycznej, drukarka/skaner all-in-one, czytnik oraz 4 karty do podpisu elektronicznego. Dodatkowe składniki kosztu projektu to: szkolenia, konfiguracja, instalacja - wdrożenie, koszt kredytu, adaptacji, podpis elektroniczny.

Roczne koszty utrzymania systemu EDM wynoszą 8-10 tys. zł: zachowanie licencji i aktualizacje, serwis (2 wizyty w roku, po 2h, 10 km dojazdu, brak noclegów), internet, amortyzacja (konieczna migracja do nowych systemów informatycznych po okresie kilku lat – przyjęto 5, nowe wdrożenie, sprzęt, etc.), podpis elektroniczny.

System obejmuje jedynie funkcje do tworzenia dokumentacji medycznej, a wybór innej firmy nie zmniejszy kosztów n-krotnie.

Zagrożenia i perspektywy

Alternatywny koszt prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci papierowej to 200 zł rocznie dla



gabinetu przyjmującego do 20 pacjentów dziennie. Widać, że system EDM to wydatek systematyczny i wysoki, które nigdy się nie zwróci.

W okresie 20-30 lat wymagane będzie przenoszenie danych medycznych ze starego do nowego systemu EDM. Należy przy tym zapewnić bezpieczeństwo informacji, wiarygodność, uwzględnić wymaganą wieloletnią archiwizację danych (m.in. kopiowanie kopii). Zadania te są nietykalne nawet dla ekspertów, kosztowne, czasochłonne, wymagają formalnych planów i procedur organizacyjnych.

Wiarygodność dokumentacji będzie zależała również od działania oprogramowania EDM.

Systemy EDM nie podlegają obecnie żadnym atestom, nie ma też precyzyjnych wymagań techniczno-eksploatacyjnych, aby takie testy, niezależnie od producentów, przeprowadzić (nie jest to przypadek kasy fiskalnej, która jest atestowana przez MF i lekarz nie odpowiada za to, czy produkt spełnia wymagania).

Nie wiadomo, czy systemy EDM rzeczywiście zapewniają bezpieczeństwo informacji, że nie będzie trzeba kupić innego/nowego systemu EDM, gdy okaże się, że wybrany/kupiony przez lekarza nie spełnia wymagań. Istnieje ryzyko, że w małych praktykach lekarze zostaną oddani dyktatowi cenowemu, gdy okaże się, że migracja danych medycznych do nowego systemu EDM nie jest możliwa bez zaangażowania firmy informatycznej. Nie wiadomo też, czy po ewentualnej migracji danych z jednego systemu do innego będzie można nadal ocenić wiarygodność danych medycznych. Inny problem to możliwe kradzieże sprzętu i ujawnienie danych medycznych – dane w systemach EDM powinny być szyfrowane. Pożądaną cechą systemów „z pudełka” jest zapewnienie dostępu do danych oraz możliwości weryfikacji wiarygodności bez udziału rodzimego systemu EDM – sam dokument medyczny, tak jak elektroniczna faktura powinien dać się odczytać i zweryfikować. Jednak nie ma takich wymagań.

Lekarze, z którymi współpracuję, poważnie rozważają likwidację firmy i emigrację zarobkową z uwagi na znaczne obciążenia finansowe, organizacyjne, niepotrzebne ryzyko prawne związane z korzystaniem z systemu EDM, przy całkowitej nieefektywności ekonomicznej takiej informatyzacji. ■

*Nie wiadomo
czy systemy
EDM
rzeczywiście
zapewniają
bezpieczeństwo
informacji.*

Włochy

– trudna ucieczka z XIX wieku

Zdrowie Włochów w ostatnich dziesięcioleciach poprawiało się, lecz kraj ten ma wciąż poważny problem z organizacją ochrony zdrowia. Powodem jest nie tylko obecny kryzys, ale też XIX-wieczna spuścizna. Reformy systemu ochrony zdrowia trwają od 1990 r. i pewnie osiągną założony cel, jeśli aktualne trudności ich nie zahamują.

Problemem Włoch (57 mln ludności, 20 regionów) są wciąż duże różnice między uprzemysłowioną, zamożną północą a biednym rolniczym południem, co przejawia się też w zróżnicowaniu dostępności i jakości usług zdrowotnych. Wyraźnie pokazują to wskaźniki demograficzne i zdrowotne. Oto przykłady: w Ligurii (północ) odsetek osób powyżej 65. r.ż. wynosi 26 proc., a liczba narodzin na tysiąc to 7,3, w Kampanii (południe) starsi ludzie stanowią 15 proc. mieszkańców, a dzieci rodzi się dwukrotnie więcej – 14,5 na tysiąc; we Friuli-Wenecja (północ) śmiertelność dzieci na tysiąc – 2, w Basilicata (południe) – 7.

Cel reform to przezwyciężenie podziałów i zagwarantowanie równego dostępu do usług porównywalnej jakości bez względu na zamożność regionu oraz kieszeń pacjenta. Dawny system ubezpieczeniowy zastąpiono finansowaniem ze środków publicznych, wspartym państwowym interwencjonizmem i planowaniem regionalnym. Główne założenia systemu opieki zdrowotnej opracowuje Narodowa Służba Zdrowia (Servizio Sanitario Nazionale, SSN), ale odpowiedzialność za realizację świadczeń scedowano na rządy regionalne – wzmocniono ich kompetencje, przyznano autonomię szpitalom i lokalnym przedsiębiorstwom zdrowotnym, wprowadzono jednolity pakiet podstawowych świadczeń gwarantowanych, zaczęto tworzyć elektroniczny rejestr pacjentów.

Regiony utrzymują i finansują przedsiębiorstwa zdrowotne (azienda sanitaria locale, ASL) oraz publiczne i prywatne szpitale. Większość infrastruktury należy do sektora publicznego. Nie ma prywatyzacji na większą skalę, pojawiają się pilotażowe inicjatywy prywatno-publiczne, np. publiczne szpitale z częściowym finansowaniem prywatnym, mieszane zarządy itp. Pakiet usług finansowanych przez SSN (livelli essenziali di assistenza, LEA) określa Narodowy Plan Zdrowia. Składa się on z listy pozytywnej i negatywnej – pierwsza to usługi, które muszą być zapewnione we wszystkich regionach, usługi z drugiej listy mogą oferować regiony nieodpłatnie swoim mieszkańcom, o ile je same sfinansują. Istnieje też pozytywna i negatywna lista leków refundowanych i pełnopłatnych.

Pieniądze wracają

Włosi wydają na zdrowie 111 mld euro rocznie (86 mld to wydatki publiczne, 25 mld – prywatne). Głównym źródłem

finansowania są podatki regionalne, zaś powszechne mają znaczenie uzupełniające – ważne dla regionów ubogich. W sumie podatki pokrywają 76 proc. wydatków na zdrowie, opłaty pacjentów – 19 proc., a dobrowolne ubezpieczenie 2-5 proc. Podatki trafiają do Narodowego Funduszu Zdrowia, który w 90 proc. przekazuje je do regionów (a te dalej do ASL). W lepszej sytuacji są więc regiony bogatsze – im większe kwoty wpłaciły, tym więcej odzyskują; niektóre północne są niezależne od budżetu centralnego, zaś niektóre południowe otrzymują znaczące wsparcie z Narodowego Funduszu Solidarności przeznaczonego na dofinansowanie świadczeń pakietu podstawowego.

Zasadniczo bezpłatne są świadczenia POZ i leczenie szpitalne. Dopłaty pacjentów (OOP) obowiązują za procedury diagnostyczne, porady specjalistyczne i leki (w niektórych regionach), a także za usługę lekarza prywatnego i leki OTC. Z większości z nich zwolnione są kobiety w ciąży, dzieci do lat 14, osoby powyżej 65. r.ż. o niskich dochodach (poniżej 36 000 euro rocznie), chorzy przewlekle i na choroby rzadkie, niepełnosprawni, nosiciele HIV, więźniowie. Limit dopłat pacjentów za skierowanie na badania specjalistyczne wynosi obecnie 36,15 euro. Za przyjęcie do szpitala płaci się 25 euro (poza nagłymi przypadkami). Specjalny sprzęt, opatrunki (wg listy centralnej) są bezpłatne.

Ubezpieczenie prywatne zwraca wydatki ponoszone na współpłacenie, dentystę, lepsze warunki w szpitalu; ma więc charakter uzupełniający, zapewniając szerszy wybór i dostęp do opieki prywatnej.

Mobilność mobilizuje

Opiekę w zakresie POZ sprawują lekarze ogólni (GP) i pediatrzy zatrudniani przez ASL oraz niezależni lekarze prywatni na państwowych kontraktach. Specjalistyczne usługi ambulatoryjne świadczą również ASL, szpitale, a także akredytowane prywatne placówki. Usługi ujęte są w wykazach, które mogą się różnić w zależności od regionu.

Pacjenci mają prawo swobodnego wyboru GP. Średnio w kraju na jednego GP przypada 1100 pacjentów, ale w regionach jest różnie i tak np. lekarz POZ w Lazio ma 1015, a w prowincji Bolzano – 1680. Pediatra ma pod swoją opieką średnio 805 dzieci. W niektórych ASL dziećmi zajmuje się GP



lub półstacjonarne publiczne albo prywatne. Koszty pobytu w nich ponoszą SSN i pacjent (proporcjonalnie do dochodów). Opieka paliatywna włączona jest do pakietu LEA i dotyczy nie tylko pacjentów onkologicznych, lecz wszystkich z chorobami postępującymi i nieuleczalnymi. Jej dostępność jest wciąż za mała, a placówki – głównie na północy. Opieka psychiatryczna świadczona jest w środowisku; promuje się profilaktykę, hospitalizacja – w ostateczności.

Lekarzy dość, pielęgniarek mało

Wskaźnik liczby lekarzy należy do najwyższych w Europie Zachodniej (3,8, a GP – 1,19 na tysiąc mieszkańców w 2007 r.), natomiast w szpitalach brakuje pielęgniarek. Lekarze kształcą się na 6-letnich studiach uniwersyteckich. Prawo praktykowania daje 6-miesięczny staż po studiach i egzamin państwowy, potem wybiera się ścieżkę rozwoju zawodowego oraz specjalizację. Kształcenie podyplomowe trwa 4-6 lat. W kształceniu ustawicznym wg krajowego Programu Ustawicznej Edukacji w Medycynie musi uczestniczyć każdy aktywny zawodowo lekarz.

Wynagrodzenie zależy od segmentu. W opiece podstawowej stawkę bazową uzupełniają dodatki stażowe, za opiekę nad chorymi przewlekłymi, niepełnosprawnymi. Rząd i związki zawodowe co 3 lata negocjują umowę zbiorową, która określa m.in. maksymalną liczbę pacjentów (pełny etat – od 800 do 1500). Pensja składa się z trzech części: stałej (stawka kapitacyjna 40 euro za podopiecznego), zmiennej i dodatkowej (np. za dbanie o efektywność, jakość, właściwą proporcję skierowań, rozsądne oszczędności). Część stała i zmienna jest ustalana na poziomie krajowym, ale w szczegółach zależy od budżetu regionu. Pediatrzy mają mniej podopiecznych (400-800) i dwa razy wyższą stawkę per capita.

Pensje lekarzy w szpitalach zależą od zakresu zadań i odpowiedzialności. Funkcje kierownicze mogą pełnić lekarze, którzy pracują wyłącznie w sektorze publicznym. Możliwość jednocześniej pracy w sektorze prywatnym i publicznym jest ograniczona, można jednak udzielać prywatnie porad w placówkach publicznych, dzieląc się dodatkowym zarobkiem ze szpitalem (szpital na potrzeby prywatnych pacjentów rezerwuje 6-12 proc. łóżek).

Satysfakcja pacjenta

Robi się dużo dla wzmocnienia pozycji i uprawnień pacjentów: są włączani do rad nadzorczych, organizowania punktów informacyjnych, planowania i oceny usług; jest aktualizowana co roku Karta Usług Zdrowotnych informująca o usługach, programach terapeutycznych, sposobie składania zażaleń, a także centralny punkt rejestracyjny (CUP). W ASL działają rzecznicy praw pacjenta i komitety etyczne, obowiązuje też kodeks praktyki lekarskiej. Jednak tylko mieszkańcy regionów północnych oceniają usługi zdrowotne dobrze (60 proc. i więcej w Trydencie, Valle d'Aosta, Piemontie); na południu zadowolonych jest 30 proc. i mniej (Kalabria, Pulia, Sycylia). Poprawa tego stanu rzeczy to jedno z wyzwań dla władz regionalnych i centralnych.

Korzystałam z:

„Health Care Systems in Transition: Italy. Health System Review 2009”, przygotowanego przez European Observatory on Health System and Policy, stron: <http://www.wlochy.edu.pl/Wlochy/Ogolne-zasady-dostepu-do-uslug-medycznych-we-Wloszech,470.html> i http://problemy-wlocheprace.edu.pl/1189,System_Sluzby_Zdrowia.html oraz źródeł własnych. ■

– z niedostatku pediatrów lub po prostu zwyczajowo. Lekarz ogólny jest „gatekeeperem”, ale ze skierowaniem można dowolnie wybierać specjalistę czy szpital spośród usługodawców akredytowanych przez SSN, w dowolnym ASL i regionie. Pacjenci szeroko korzystają z tej swobody, zwłaszcza gdy czas oczekiwania na wizytę blisko miejsca zamieszkania jest długi, a jej jakość niska. Mobilność pacjentów utrudnia planowanie finansowania i realizacji usług. Placówki poprawiają więc jakość, by utrzymać własnych pacjentów i przyciągnąć ich z innych regionów.

Szpitale specjalistyczne i uniwersyteckie o znaczeniu krajowym są autonomiczne (azienda ospedaliera, AO): odpowiadają za budżet, zarządzanie i funkcjonowanie. Szpitale niebędące AO są w strukturach ASL. Jak w całej Europie, spada liczba przyjęć do szpitali i łóżek – z 5,4 na tysiąc ludności w 1996 r. do 3,3 w 2006 r.).

Zdrowie publiczne – konieczne współdziałanie

Znajduje się w gestii ASL, które nadzorują program szczepień obowiązkowych, programy skriningowe, odpowiadają za promocję zdrowia, ochronę zdrowia pracowników itp. Podpisany przez państwo i regiony Pakt Zdrowia zobowiązuje do prewencji chorób układu krążenia i powikłań cukrzycowych, chorób onkologicznych, otyłości, wypadków drogowych itd. Koordynacja długoterminowej opieki zdrowotnej i socjalnej dla starszych i niepełnosprawnych wymaga współdziałania ASL i władz lokalnych, co jest w początkowym stadium. Opiekę przewlekłą zwykle świadczą placówki stacjonarne

Pensje lekarzy w szpitalach zależą od zakresu zadań i odpowiedzialności.



Joanna
Sokołowska

*Do opisu
naszych
wzajemnych
kontaktów
często używamy
retoryki czysto
wojennej
- mentalnie
tworzymy dwa
wrogie
obozy: oni
- to pacjenci;
my - bronimy
się przed nimi,
odpieramy ataki.*

Stan umysłu

Moje biurko w pokoju lekarskim stoi przy oknie. I mogę sobie przez nie, z wysokiego płockiego brzegu Wisły, „spoglądać na królewski las”. Ten las, za siną granicą rzeki, to masyw leśny Gostynińsko-Włocławskiego Parku Krajobrazowego. W samym jego sercu stoi gostyniński szpital psychiatryczny.

To tam, 17 marca 1940 r., w swoim gabinecie popełnił samobójstwo ówczesny wicedyrektor i ordynator szpitala, prof. Karol Mikulski. Historii jego opowiadać nie umiem i nie chcę. Robi to w poruszający sposób, w filmie wg scenariusza Magdaleny Gawin „Śmierć psychiatry. Totalitaryzm i eugenika”, jego córka, Izabella Galicka.

Prof. Mikulski został zmuszony przez przejmujących szpital Niemców do dokonania selekcji pacjentów. Być może doktor Pajączkowski ze „Szpitala Przemienienia” Stanisława Lema to literackie alter ego Karola Mikulskiego. Być może, tak jak Pajączkowski, znający Niemców ze swych naukowych podróży po Europie, dyrektor Mikulski układał apel w obronie swoich podopiecznych:

„Jeśli mi powie, że obłąkani są bezużyteczni – myślałem – powołam się na Niemców, Bleulera, Moebiusa. Jeśli będzie mówił o ustawodawstwie norymberskim, wyjaśnię, że jesteśmy krajem okupowanym, więc przed zawarciem traktatów pokojowych nasz stan nie jest zalegalizowany... Jeżeliby zażądał wydania nieuleczalnych, powiem, że medycyna nie zna przypadków beznadziejnych. Zawsze trzeba liczyć na nieznanne, to jeden z obowiązków lekarza. Jeżeli powie mi, że to kraj wrogów, a on jest Niemcem, przypomnę mu, że przede wszystkim jest lekarzem. Jeśli...”

Wierzył, że ochroni tych, za których czuł się odpowiedzialny. Na szali położył honorowo własne życie. W chwili

śmierci miał niespełna czterdzieści lat. Chciał żyć – kilkanaście miesięcy wcześniej uciekł z transportu wiozącego go wraz z innymi polskimi oficerami do Kozielska. Miał dla kogo żyć; obok gabinetu, w którym umierał, w służbowym mieszkaniu spali: żona, pasierb i kilkuletnia córka.

W siedemdziesiąt rocznicę śmierci doktora Mikulskiego, podczas skromnej uroczystości, w kameralnym gronie, odsłonięto w gostynińskim szpitalu pamiątkową tablicę.

Przez te siedemdziesiąt z okładem lat zmienił się gruntownie wizerunek lekarza i jego pacjenta. A do mnie wraca natrętna myśl: czy lekarz to już tylko zawód, czy wciąż stan umysłu? Czy ze stanu tego, zwanego niekiedy powołaniem, skutecznie nas wyleczono? Wszak bardzo się przed tą kuracją nie broniliśmy... Czy ktoś z nas, składających tę samą, co Mikulski przysięgę Hipokratesa, oddałby dziś choć paznokcie za chorego?

Trochę czasu nam, współczesnym, to zajęło, ale w końcu pojęliśmy: jesteśmy trybikami systemu ochrony zdrowia, którzy kontraktują, świadczą, wykazują i raportują o wykonaniach. Medycyna stała się gałęzią gospodarki, na której nieźle się zarabia, więc czujemy się zobowiązani do zarabiania – bycia pracownikami i pracodawcami, lepszymi lub gorszymi, choć w większości jednak lepszymi. Mamy do zaoferowania produkt pod postacią naszej wiedzy i umiejętności, staramy się go sprzedać z jak najlepszym zyskiem. Coraz sprawniej

posługujemy się paragrafami i dziennikami ustaw. Równocześnie coraz bardziej nieporadni stajemy się wobec drugiego człowieka, szczególnie jeśli nie odpowiada on naszemu wzorcowi pacjenta – petenta. W publicznej ochronie zdrowia nie ma miejsca na intymność i empatię. Pacjent jest świadczeniobiorcą, rekordem w systemie, uprawnionym lub nie.

Jeśli nie „odrażający, brudni i źli”, to przynajmniej roszczeniowi, nieodpowiedzialni i agresywni – taki obraz naszych pacjentów wylizyła w rozmowach, jakie prowadzimy na co dzień – w pokojach lekarskich i na medycznych forach internetowych. Do opisu naszych wzajemnych kontaktów często używamy retoryki czysto wojennej – mentalnie tworzymy dwa wrogie obozy: oni – to pacjenci; my – bronimy się przed nimi, odpieramy ataki. Stworzyliśmy nawet program monitorowania ich skierowanej wobec nas agresji.

Na jednym z portali przeznaczonych dla lekarzy, ktoś (zapewne też lekarz) zamieścił ostatnio link do filmu nakręconego w poczekalni szpitalnej. Na filmie kobieta w teatralnym czerwonym kapelusiku na głowie stara się staranować, broniącego dostępu do gabinetu lekarskiego, ochroniarza. Jest tragiczna, a w swojej desperacji, jak to często bywa, staje się śmieszna. Tak śmieszna, że ktoś postanowił uwiecznić ją za pomocą swojego telefonu komórkowego i pozwolić jej zaistnieć w wirtualnej przestrzeni, także tej zarezerwowanej dla lekarzy...

A ja i moi pacjenci?

B. wchodzi do gabinetu pewnym krokiem, zawsze z włączonym telefonem komórkowym, zawsze z przygotowaną internetowo diagnozą dolegliwości i własnym planem wysokospecjalistycznej diagnostyki. Wymaga, bo płaci – na lekarzy, choć ktoś próbował jej sugerować, że jednak „na siebie”. Śmiało wypowiada się o innych, niekiedy krytycznie, ale zawsze lekceważąco. Pilnie obserwuje, czy i jaką wywołała reakcję. Nikt nie lubi jej wizyt, choć wszyscy wiedzą, że jej dziecko jest nieuleczalnie chore na rzadką genetyczną chorobę.

M. przychodzi do gabinetu z coraz liczniejszą z roku na rok gromadką dzieci. Całe szczęście, że te najstarsze już dobrze orientują się w potrzebach zdrowotnych swojej rodziny, bo kontakt z nimi jest znacznie łatwiejszy niż z ich matką. Poza codzienną wirusową klasyką, wnoszą ze sobą problemy zaburzeń wzrostu, rozwoju psychoruchowego, trudności szkolnych. Nikt nie lubi, gdy przychodzą – gabinet po ich wizycie wymaga kilkunastominutowego wietrzenia z zapachu biedy.

Kto był na wizycie domowej w miejskim „pałacu cudów” – budynku, w którym gmina zapewnia tanie mieszkania zastępcze najbardziej potrzebującym – choć nie zauważył ostrzegawczego graffiti: „Porzućcie wszelką nadzieję, wy, którzy wchodzicie” – już wie, jak wygląda pierwszy krąg piekła. Nikt nie lubi wstępować do piekła...

Uzupełniam historie chorób przy moim szpitalnym biurku, opatruję je numerami klasyfikacji ICD-10, symbolami ICD-9, przyporządkowuję do odpowiedniej JGP i spoglądam w stronę gostynińskiego szpitala.

Czy warto było, Panie Doktorze?

P.S. Dziękuję dr Ewie Bładowskiej za wskazanie postaci prof. Karola Mikulskiego. ■

*Nikt nie lubi,
gdy przycho-
dzą – gabinet
po ich wizycie
wymaga kilku-
nastominuto-
wego wietrze-
nia z zapachu
biedy.*



**Sławomir
Pietras**

**Dyrektor
polskich teatrów
operowych**

Ślady po Barbarze

Zmarła Barbara Piasecka-Johnson. Nie zdążyła napisać autobiografii. Książkowe publikacje wydane za jej życia pominiemy milczeniem.

Chciałoby się znaleźć kogoś, kto udźwignąłby życiorys polskiej dziewczyny z PRL-u, która dyplomem historyka sztuki i 100 dolarami w kieszeni przeszła drogę od sprzątaczk do światowej damy, z majątkiem wycenianym obecnie na 3,6 mld dolarów. Zmagającemu się z tym tematem, przekazałbym szereg zdarzeń i impresji z wieloletnich naszych kontaktów.

Pierwsze pochodzą z pokonkursowego okresu kariery Krystiana Zimermana, obsypanego deszczem zaszczytów, wśród których była prywatna nagroda państwa Johnsonów. Pewnej nocy Krystian budząc mnie telefonem z Ameryki, zapytał, czy to dobry pomysł, aby Barbara kupiła średniowieczny zamek w Pilicy. – Wspaniały! – wykrzyknąłem i natychmiast zasnąłem. Uważałem tak dlatego że, po procozo przewidywanym wypędzeniu mnie z rodzinnej Człodzi, miałbym gdzie schronić się niedaleko.

Z okazji 100-lecia urodzin Wacława Niżyńskiego postanowiono odznaczyć Barbarę pamiątkowym medalem. Uroczystość odbyła się w Espace Cardin. Następnego dnia mieszkający w Paryżu polscy tancerze postanowili po swojemu uczcić naszą bohaterkę. Wydano koleżeńskie przyjęcie w mansardzie IV piętra na Montmatrcie, bez windy, służby i dań na gorąco, za to z mnóstwem alkoholu, śpiewów, tańców i serdeczności. Barbarę przywiozłem taksówką z hotelu Ritz, bez sekretarki, kierowcy i ochroniarzy. Świetnie bawiła się w towarzystwie Gerarda Wilka, Andrzeja Glegolskiego, Mirosława Gordona oraz przybyłych specjalnie z Warszawy Emila Wesołowskiego i Pawła Chynowskiego. Nazajutrz przed domem pojawiła się bagażówka, po brzegi wyładowana prezentami, z listem od Barbary: „Proszę przyjąć podziękowania za niezapomniane przeżycia wśród normalnych ludzi i wspólnych artystów”.

Czy zdołam kiedyś opowiedzieć, co zdarzyło się w Operze Wiedeńskiej podczas „Opowieści Hoffmana”, na które zaprosił nas Placido Domingo? Z kim i o czym rozmawialiśmy po spektaklu na kolacji, urządzonej z przepychem przez fanklub tego wielkiego artysty?

Innym razem, podczas bankietu dla 1200 sponsorów MET, wydanym z okazji premiery „Stiffelia” dla uczczenia 30. rocznicy pracy Placida Dominga w tym teatrze, Barbara zaprosiła mnie do swego stołu, gdzie siedziała już Mart (żona Dominga), Arrigo (syn) i reszta rodziny. Przedtem jednak uczestniczyłem w ceremonii przywitania się ze wszystkimi, co oznaczało serdeczne uściśnienie 1200 podanych dłoni(!). Następnego dnia pojechaliliśmy do Jasnej Polany. Nigdy nie zapomnę apartamentu, który opuścił Karol Małcużyński po ostatniej wizycie u Johnsonów, udając się na Majorkę, gdzie nagle zakończył życie. Niepościelone łóżko, rozrzucone nuty i drobiazgi osobiste sugerowały, jakby za chwilę miał tu wrócić. Barbara powiedziała wtedy: – Kochaliśmy go, nie wiem, czy bardziej ja, czy mój Seward”.

W ostatnich latach kilkakrotnie odwiedzałem Barbarę w Asyżu. Poza zamkniętą w średniowiecznych murach rezydencją, największe wrażenie wywierały drzewa oliwne przeniesione żywcem z Hiszpanii i według posiadanych metryk pamiętające czasy Chrystusa. Kiedyś trafiłem tam na wizytę Franco Zeffirellego. On uwielbiał Barbarę, zresztą z wzajemnością. Przy kolacji wybuchła awantura o sztukę, mamonę i uczucia. Po opadnięciu emocji Zeffirelli, przepraszając, przyrzekł trzymać konterfekt Barbary na nocej szafce! Ciekawe, czy dotrzymał słowa?

Nie zapomniemy Barbary na koncercie Dominga u Zbigniewa Religi, jej częstych wizyt w Teatrach Wielkich w Warszawie i Poznaniu oraz licznych spotkań we Wrocławiu i na Dolnym Śląsku. Tutaj zostawiła swój Torf Corporation, kilka luksusowych siedzib, zabytków, dzieł sztuki i liczne grono przyjaciół. Są wśród nich lekarze z dr. Bogdanem Szelepinem i jego żoną Małgorzatą, koleżanką Barbary z czasów studiów.

Zegnając Barbarę Piasecką-Johnson, odnoszę wrażenie, że jej odejście pozostawia w polskiej kulturze XX w. analogiczny ślad, jak Izabeli Czartoryskiej w XVIII w., Marii Kalergis w XIX w., a Grażyny Kulczyk –daj Boże – w XXI w.! ■

**Listy
do redakcji**

**Szczepan
Cofta**

Wpadka z opaskami

Dużą konsternację wzbudziły przepisy obligujące do znakowania pacjentów opaskami, które muszą zawierać zakodowaną o nim informację, nieujawniającą jednak jego danych osobowych. W efekcie tej prawnej regulacji łatwiej bowiem o personalne pomyłki obecnie, niż przed zaproponowaną nam zmianą, mimo całej powagi otoczki związanej z zachowaniem ochrony danych osobowych.

Przyjmując ustawę o działalności leczniczej, wpisano, że pacjentów szpitala zaopatruje się w znaki identyfikacyjne

(art. 36). Uszczegółowiono, że znak identyfikacyjny „zawiera informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione”. Dodano też, że szczegółowe ustalenia wydane zostaną przez ministra zdrowia. I rzeczywiście wydał on rozporządzenie z dnia 20 września 2012 r. „w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku”. Rozporządzenie to funkcjonuje i obliguje nas od początku stycznia bieżącego roku.

Powyższe akty prawne wprowadziły jednak personel medyczny w pewną konsternację. Do czasu powszechnego

Anatomia codzienności

Sam się przestraszyłem tego tytułu. Wywołuje oczekiwania nie mniejsze niż „W poszukiwaniu straconego czasu”.

Ale spokojnie, „taka powieść, jaki Proust – nie dziwi nic...”, że zacytuję popularną niegdyś piosenkę.

Zauważyłem, że coraz częściej w codziennych sytuacjach, w reklamach, wypowiedziach różnych ludzi, pojawiają się ciekawostki z zakresu anatomii człowieka. Przykłady? Pewien znany sportowiec reklamuje w telewizji opaski magnetyczne. Jak kolano boli, to się taką opaskę zakłada pod kolano i ono nie boli. Sportowiec opowiada, że miał kłopoty z grą w tenisa, ale kolega zaproponował mu to чудо i... „Rzeczywiście! Noga nie bolała, jak ręką odjął”. Prawda, że ciekawostka?

Albo reklama kremu dla mężczyzn. Bar, impreza towarzyska w toku. Bohater chce już iść, bo następnego dnia musi wstać, ale widząc smutne miny swoich przyjaciół, postanawia jednak zostać. Rano twarz ma wypoczętą, bo użył tego cudownego kremu. A lektor zachęca „Postaw swoją twarz na nogi!”. Gdybym nie widział całego kontekstu, a usłyszał tylko hasło, pomyślałbym, że to forma jakiegoś makabrycznego hazardu. Można przegrać twarz, a wygrać nogi? Już sobie wyobrażam ruletkę, na której w miejscu cyfr są wyrysowane nogi, twarze, plecy, zęby, nosy, palce... Krupier woła: „Rien ne va plus”, a zgromadzeni wokół kaci (bo to kacie kasyno) na chwilę wstrzymują oddech. Gdyby było odwrotnie: „Postaw swoje nogi na twarz!”, to już bardziej można by skojarzyć - a to z torturami przedstawianymi w filmach sensacyjnych, a to klasyką kina erotycznego... Ale „Postaw swoją twarz na nogi”? Poza tym autor tego sloganu jest nieprecyzyjny. Bo określił tylko czyją twarz, ale już na czyje nogi stawiać, tego nie mówi. „Postaw swoją twarz na cudze nogi”? Niby dlaczego nie? Trzeba być precyzyjnym w tego typu przekazach. Przypomina mi się wiersz Wojciecha Młynarskiego, recytowany w kabarecie „Dudek” przez Edwarda Dziewońskiego. Oto fragment:

Rzekł mi raz pewien tęgi, bardzo uczony profesor:
– Niektóre powiedzonka zbyt precyzyjne nie są.
A wśród tych nieprecyzyjnych, mętnych powiedzeń grupy,

Wyróżnia się to zwłaszcza, że dana rzecz jest do...

Językoznawczej lupy tak tedy tutaj użyję:

Mówiąc, że coś jest do... należy dodawać do czyjej!

A najbardziej intryguje mnie wszechobecne „z tyłu głowy”. Pojawia się coraz częściej w zestawie „mieć to z tyłu głowy”. Chyba większość używa tego w rozumieniu „trzeba o tym pamiętać, wrócić do tego za jakiś czas”. Ale czy to ma uzasadnienie naukowe? Jeśli przyjąć, że pod pojęciem głowy rozumiemy mózg, że przód głowy mamy tam, gdzie na przykład jest czoło, to tył wypada gdzieś w okolicach kory ciemieniowej? Czy mózdzku? Przeprowadziłem pobieżne badania, ale niczego mi nie wyjaśniły. Z tyłu jest na przykład ośrodek wzroku. Czyli „mieć to z tyłu głowy” oznacza po prostu „widzieć”? A jeśli „z tyłu głowy” to w mózdzku? A mózdzek odpowiada za utrzymanie pionowej postawy? Czyli „mieć to z tyłu głowy” to znaczy „stać prosto”? Całe szczęście, że amerykański prezydent zapowiedział wsparcie badań nad mózgiem, bo może wreszcie coś się wyjaśni.

Poza tym uprzejmie proszę, żeby ktoś, kto się na tym zna, objaśnił mi, gdzie się kończy głowa? Bo jeżeli tył głowy to są plecy, czyli to, co się łączy z nogami, na które stawia się twarz i które nie bolą, jak ręką odjął, to może się okazać, że mówiąc, że coś ma się „z tyłu głowy”, to znaczy, że ma się w... Tym, o czym pisał Wojciech Młynarski. Ja przynajmniej od dziś zacznę promować takie znaczenie tego sformułowania. Na przykład:

– Możesz mnie pocałować z tyłu głowy. ■

**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk



wyposażenia pracujących w służbie zdrowia w czynniki kodów (kolejnego atrybutu lekarskiego obok długopisu i komputera) wprowadzenie bezkrytycznie tej obligacji z jednoczesnym zaniechaniem zwyczajowo zazwyczaj stosowanych – teraz z punktu widzenia prawa zabronionych – opasek z imionami i nazwiskami pacjentów poddawanych procedurom operacyjnym czy też zabiegowym, w pracowniach inwazyjnych, a także pacjentów w stanie ciężkim – w tym nieprzytomnych na przykład w oddziałach intensywnej terapii, wiążąc się może ze stworzeniem ryzyka niepotrzebnego zagrożenia bezpieczeństwa.

Pacjent pozbawiony zwyczajowo stosowanych opasek, za to wyposażony w nieidentyfikowalną, może

zostać tym łatwiej pomyłony. Zaniechano kontynuacji możliwości dobrych zwyczajów w niektórych naszych szpitalach i oddziałach.

Żaden zdrowy rozsądek nie sugerowałby prymatu zapisów o ochronie danych osobowych nad zapisami o zwyczajnym bezpieczeństwie poddanego naszej pieczy pacjenta. Sądzę, że w najbliższych dniach powinniśmy wyrazić jednoznaczny sprzeciw ukazujący powstanie sytuacji zagrożenia dla naszych pacjentów z powodu braku prawnej wyobraźni. Jeśli naciski administracyjne będą niewystarczające, dopiero pewnie jakiś faktyczny błąd w identyfikacji pacjenta może doprowadzić do otręźwienia. Jaki przyjąć sposób działania w tym względzie? ■



**Jan
Duława**

**Profesor,
internista,
nefrolog,
prorektor SUM
w Katowicach**

O powołaniu i poczuciu obowiązku **raz jeszcze**

Treść z reguły przyswajana bywa przez czytelnika nie całkowicie i nie od razu

Josif Brodski

Szanowny Panie Redaktorze

Pretensje z powodu niezrozumienia przez Księdza Muszałę, który skomentował moją wypowiedź „Powołanie i poczucie obowiązku” (GL, 02.2013, str. 34-35), mam głównie do siebie. Widocznie nie potrafiłem przedstawić swoich myśli wystarczająco precyzyjnie.

Dziękuję Księdzu, że zechciał zgodzić się ze mną co do braku w naszym społeczeństwie „umiejętności prowadzenia debat i dyskusji”. Moim celem była próba wskazania ogólnych przyczyn takiego stanu rzeczy. Ksiądz wini za to konkretnie polską szkołę i „zazwyczaj środowisko domowe”, a także przykład polityków. Zgadzam się, choć myślę, że bez trudu można rozszerzyć ten katalog.

Odnoszę jednak wrażenie, że co do „drugiej kwestii” Ksiądz mnie nie zrozumiał. Piszę bowiem: „Na pytanie, czy istnieje coś, co można nazwać powołaniem do zawodu lekarza, autor odpowiada początkowo „nie wiem”, później jednak oscyluje w kierunku odpowiedzi negatywnej...”. Nigdzie nie „oscyluję”. Po prostu najpierw opisuję stan mojej wiedzy. Piszę, że nie wiem, bo „jak czegoś nie wiem, nie twierdzę, że wiem” (koniec cytatu). Twierdzenie zaś o zobowiązaniu (poczuciu obowiązku) jest moim przeświadczeniem, nie wiedzą. W pierwszej części artykułu starałem się ukazać różnice między tymi dwoma pojęciami. Odnoszę

wrażenie, że nieskutecznie. Proszę przeczytać jeszcze raz. Jeżeli wyraziłem się nieprecyzyjnie – przepraszam.

Zgadzam się ze słowami Księdza: „wszystko uzależnione jest od tego, co rozumie się pod terminem powołanie” oraz że „powołanie nie kłóci się ze zobowiązaniem...”. To dla mnie oczywiste. Sądzę, że w miarę uważne przeczytanie mojego tekstu pozwoli na stwierdzenie, że twierdzę dokładnie tak samo. Co więcej, uważam, że powołanie jest tym bardziej zobowiązaniem. Nie chcę jednak rozwijać kolejnego, ważnego wątku. Jest bowiem sprawa jeszcze ważniejsza. Nie mogę ukryć swojego zdumienia z powodu podziału, jaki Ksiądz proponował: człowiek niewierzący odczuwa obowiązek, wierzący zaś powołanie (które na szczęście „nie kłóci się” z poczuciem obowiązku). Dosłownie: „każdy jest... zobowiązany... nie każdy zaś jest powołany”. To znaczy, że jeżeli opieram się na poczuciu obowiązku i nie zostałem lekarzem z powołania, nie jestem chrześcijaninem? Chętnie bym ten temat rozwinął, ale to byłby kolejny wątek.

Dlatego pozwalam sobie na skróty.

1. Powołani są tylko wierzący?! A Szawel z Tarsu, a Augustyn z Hippony? I wielu innych.
2. Potrafię ocenić poczucie obowiązku swoich asystentów. Nie umiem określić ich powołania (tu przydałoby się przytoczyć ostatni wykreślony fragment mojego artykułu).

*W numerze 02/2013
opublikowane zostały
dwa teksty poruszające
ważny temat – powołania
i poczucia obowiązku
w zawodzie lekarza.
Pełny tekst „Powołanie
i poczucie obowiązku”
prof. Duławy dostępny jest
w wersji elektronicznej na
www.gazetalekarska.pl*



3. Proszę wybaczyć, ale nie umiem pogodzić stwierdzenia Księdza „nie każdy zaś jest powołany” nie tylko ze swoimi poglądami, ale i z zapisem konstytucji *Gaudium et spes*, który znalazł się w Katechizmie Kościoła Katolickiego: „Szczególny charakter godności ludzkiej polega na powołaniu człowieka do łączności z Bogiem”. Człowiek niewierzący ma być pozbawiony tej godności? Nie jest powołany?! Czyżbyśmy wracali do idei predestynacji? A może do sporu Apostołów Piotra i Pawła? Piszę to, aby podkreślić, że nieobce są mi różne możliwości określania terminu „powołanie”. Jeżeli zaś jesteśmy przy tym, co Katechizm mówi o powołaniu, proszę zwrócić uwagę na fragment: „Powołanie człowieka do życia wiecznego nie przekreśla jego obowiązku wykorzystania wszystkich sił i środków otrzymanych od Stwórcy, ale pobudza go, aby w tym świecie służyć sprawiedliwości i pokojowi” (podkreślenia moje).
4. Piszę Ksiądz: „Chrześcijanin, żyd, muzułmanin we wszystkim co napotyka, widzi „palec Boży” i wezwanie do realizacji jakiegoś dobra. I odwrotnie – człowiek niewierzący będzie podchodził do swoich zadań bez odnoszenia ich do zewnętrznego autorytetu, lecz ze zwykłego poczucia obowiązku”. Mam nadzieję, że pisząc „odwrotnie”, miał Ksiądz na myśli raczej „w odróżnieniu od...”, a pisząc „zwykłego obowiązku”, nie wyraża się o tym obowiązku z lekceważeniem. Kogo uważa Ksiądz za chrześcijanina, żyda czy muzułmanina?
- Rozpocząłem Brodskim, zakończę cytatem z książki ks. Ger-

harda Lohfinka „Jezus z Nazaretu. Czego chciał. Kim był” (przeł. Eliza Pieciul-Karmińska, Poznań, 2012): „Najpierw i ostatecznie chodzi Mu (Jezusowi – przyp. mój) o wolę Boga i wie On, jak łatwo właśnie człowiek religijny, za pomocą zewnętrznego wypełniania Prawa, potrafi uniknąć prawdziwej woli Boga”. (Proszę to porównać z 6 i 7 rozdz. Ewangelii wg św. Mateusza, a także z komentarzem Benedykta XVI dotyczącym słów proroka Joela, ogłoszonym w ostatnią Środę Popielcową).

Dla tych, którzy nie mają czasu i czytają tylko wnioski, podsumowuję.

Pisząc o „powołaniu”, chciałem odróżnić powołanie do sakramentu kapłaństwa od wyboru jakiegokolwiek zawodu, w tym lekarza. Uważam przy tym (jestem przeświadczony), że zawód lekarza jest wyjątkowy i tak powinien być traktowany przez tych, którzy go wybrali. Niezależnie od wyznawanej (bądź nie) wiary, że „zwykłego (!) obowiązku”.

Jeżeli zaś traktujemy powołanie szerzej, może ono dotyczyć każdego człowieka (tzw. wierzącego i tzw. niewierzącego) i każdej drogi życiowej, w tym zawodu. Osobnym problemem jest prawidłowe rozpoznanie istoty powołania, wierność powołaniu oraz nieuprawnione się na nie powoływanie.

Wszystko, co napisałem, należy traktować jako moje przeświadczenia lub poglądy, ponieważ „jak czegoś nie wiem, nie mówię, że wiem”.

Z wyrazami szacunku i poważania
Jan Duława



**Agata
Morka**

**Historyk
sztuki**

Cesarz na emeryturze

W 1548 r. los Tycjanowi sprzyja, dostaje wtedy jedno ze swoich bardziej prestiżowych zleceń. Na zaproszenie samego cesarza jedzie do jego rezydencji na cały rok, żeby namalować portety Karola V.

Po świeżym zwycięstwie nad protestantami pod Muhlbergiem, Karol ma wreszcie czas usiąść i pozować. Powstają wtedy dwa, jakże różne portety: jeden przewidywalny, heroiczny, na koniu, w dobrej tradycji Marka Aureliusza, drugi zaś „Portet Karola V w fotelu” zupełnie szczególny, bo bardziej ludzki. Osiem lat po namalowaniu tego portretu cesarz zaskoczy Europę swoją niespotykaną decyzją: przejdzie na emeryturę, by w zaciszu hiszpańskiego klasztoru wreszcie oddać się swym prawdziwym pasjom.

Siedzący w fotelu cesarz wydaje się odarty ze zwykłego monarszego splendoru. Umieszczona nieco z boku sylwetka władcy nie dominuje w całości kompozycji, mimo że jest jej centralną częścią, to oko widza ucie-

ka także w kierunku znajdującego się w tle pejzażu. To portret introwertyka i myśliciela, nie wojownika. Karol V z pewną melancholią patrzy w kierunku widza, jakby niepewny, jakby nie do końca odnajdujący się w przestrzeni przepychu, brutalnie oddzielonej od sielskości pejzażu mocnym pionem kolumny. Karol ma tu 48 lat, a za sobą kilka wojen, śmierć żony, którą ponoć naprawdę kochał, miliony dworskich intryg i dyplomatycznych negocjacji. Wygląda na samotnego. I po prostu na zmęczonego swoją pracą. Tycjan nie upiększa, pod jego ręką twarz Karola V jest frapująca, coś już w samym jej kształcie daje do myślenia.

Jaką chorobę można wyczytać z cesarskiej twarzy? ■

*Po świeżym
zwycięstwie
nad
protestantami
pod
Muhlbergiem,
Karol ma
wreszcie
czas usiąść
i pozować.*



a

Tycjan „Portret Karola V w fotelu”,
1548. Pinakoteka, Monachium

b



Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy oraz postaw diagnozę: na jaką chorobę cierpi Karol V?

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

W temacie maila należy wpisać GL05.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).

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

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



NAGRODZENI Z „GL” 04/2013

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

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 04/2013

Obraz oryginalny: a

Diagnoza: alkoholizm

Uważny obserwator już po krótkim obcowaniu z obrazem Fiedotowa uzna, że artysta puszcza do nas oko. To nie cholera bowiem, jak sugerowałby tytuł obrazu, jest sprawczynią zasłabnięcia jednego z bohaterów, mimo że rzeczywiście w wieku XIX w Europie doszło do wybuchu epidemii tej choroby. Leżący mężczyzna nie wykazuje jednak żadnego ze zwykłych objawów: nie ma ani charakterystycznej zapadniętej twarzy, ani skóry o zdecydowanie zmienionym kolorze. Fiedotow pokazuje publiczności ironiczną scenę obrazującą alkoholizm raczej niż XIX-wieczną zarazę. Cholera, na którą jednym z niezliczonych remediów miał być alkohol, staje się w tym kontekście jedynie pretekstem do bezkarnego poddania się alkoholizmowi.

Szczegóły różniące obrazy:

1. Mocniejsze zabarwienie skóry „ofiary” na kolor niebieski.

Jednym z objawów cholery było charakterystyczne niebieskawe zabarwienie skóry chorego, które pojawiało się w wyniku szybkiej utraty płynów. Fiedotow dodaje jedynie delikatny odcień błękitu na twarzy i dłoniach „chorego”, istnieją jednak przedstawienia pokazujące chorych nawet w dość szokującym głębokim kobalcie. Brak tak jednoznacznego objawu wskazywać może na raczej ironiczny charakter obrazu Fiedotowa i stawia pod znakiem zapytania, czy za zasłabnięcie bohatera winić należy epidemię cholery.

2. Ptasi dziób.

Dołożenie na twarzy służącej ptasiego dzioba wcale nie sugerowałoby, że przedstawione przyjęcie to bal przebierańców. Tego rodzaju zabezpieczenia stosowane były, aby uniknąć zarażenia cholerą. W XIX w. opracowano całe uniformy mające zabezpieczać przed chorobą, przypominające nieco kostiumy rodem z „Gwiezdnych wojen”. Specjalne nakładki na buty, chroniące przed kontaktem z podłożem, maski na twarzy oraz specjalnie projektowane parasole miały dawać gwarancję zdrowia w czasach zarazy.

3. Dodanie na stole patery z owocami.

Jeszcze na początku XIX w. za przyczynę cholery uważano zatrucie pokarmowe. W tym kontekście umieszczenie na stoliku patery owoców jeszcze dobitniej sugerować by mogło domniemaną przyczynę zasłabnięcia chorego.

4. Dodanie siedzącemu przy stole mężczyźnie (po lewo, z wyciągniętymi nogami) szerokiego szarego pasa.

Noszenie ciepłego pasa, chroniącego trzewia przed zimnem, było dość powszechnym widokiem w czasach szalejącej zarazy. W wieku XIX uważano, że flanelowy pas był w stanie ochronić ciało przed bezpośrednim stykiem z zakażonym powietrzem (według jednej z teorii na cholerę można było zachorować, wdychając nieczyste powietrze), a także powodować dodatkową potliwość i, co za tym idzie, otwarcie porów skórnych i wydalanie z ciała choroby. Pasy takie stanowiły część ekwipunku żołnierzy w czasie wojny krymskiej, za ich zniszczenie lub zgubienie groziła kara pieniężna. Brak tego szczegółu wskazywać może na fakt, że uczestnicy biesiady nie są aż tak przejęci troską o swoje zdrowie.

Regulamin konkursu dostępny na stronie www.gazetalekarska.pl.



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

Jarosław
Wanecki

Wiersze w drodze

Do Teatru 6. Piętro w Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie zaproszono najlepszych polskich lekarzy pisarzy na uroczyste zakończenie konkursu literackiego imienia profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”.

Koncert poezji i prozy lekarskiej poprowadzili aktorzy krakowscy Anna Dyma i Radosław Krzyżowski. Statuetki i książki wręczała żona pana profesora i znakomita polska poetka Ewa Lipska, a nad całością czuwał organizator przedsięwzięcia redaktor naczelny „Medycyny Praktycznej” – Piotr Gajewski.

Wieczór, pod honorowym patronatem ambasadora Chile, z udziałem korpusu dyplomatycznego państw Ameryki Południowej, przyniósł kilka niespodzianek. Po pierwsze, pojawiła się, obok dotychczasowych – poezji i prozy – nowa kategoria oceniona przez jurorów – proza non-fiction, przez co należy rozumieć wybór spośród nadesłanych pamiętników, esejów i reportaży. W tej dyscyplinie niepokonana okazała się Agnieszka Kania, która

w ubiegłorocznej edycji była również najlepszą lekarką pisarką – prozatorką. Przez ostatni rok „Gazeta Lekarska” drukowała „Obrazy medycyny” Agnieszki, której serdecznie gratulowaliśmy podczas posiedzenia kolegium redakcyjnego. Laureatami kolejnych miejsc zostali: Władysław Amiełańczyk (II, neurolog, psychiatra), Alina Gutry (III, lekarka dentystka), Stefan Trzos (wyróżnienie, internista). W drugiej kategorii prozy oceniano opowiadania. I miejsce przypadło pani doktor Irenie Janitek-Hansel (internistka), a następnie Annie Olewicz-Gawlik (II, internistka) i ponownie Stefanowi Trzosowi (III). W poezji najwyższy laur odebrała Elżbieta Płonka-Półtorak (I, neurolog – prezentacja zwycięskiego utworu obok, Teresa Wojtala (II, stażystka – co niezmiennie wszystkich ucieszyło), Jolanta Nadratowska-Kisiel (III, internistka), Tomasz Idzi (wyróżnienie, lekarz rodzinny), Sylwia Olszynka-Martynik (wyróżnienie, pediatra). Wręczenie nagród przeplatano czytaniem najlepszych utworów roku.

Nie zapomniano oczywiście o prof. Andrzeju Szczekliku. Fragmenty jego książek prezentował aktor Paweł Królikowski, a zespół KROKE, instrumentalnie wzbogacał, wzruszał, porywał.

A potem na scenie pojawił się prof. Zdzisław Jan Ryn. Postać niezwykła, obdarzona tyloma talentami z ciekawością świata. Gdzież to on nie był! Jako lekarz wypraw wysokogórskich wspinał się na Kaukazie, w Hindukusz i w Andach, przewędrował Amerykę Łacińską, dotarł nawet na Wyspę Wielkanocną. To miejsce tak go poruszyło, że postanowił je zbadać i opowiedzieć. Jak przystało na psychiatrę dokonał swoistego badania duszy tego zakątka ziemi. Zajrzał do początków, zastanawiał się nad przyczyną upadku, spróbował rozwiązać zagadki ukryte w posągach i zakopane w jaskiniach. Poszukiwał ich pradawnych nazw: Jaskinia Dziewic, Jaskinia Ludożerców, Jaskinia Obserwacji Gwiazd. Rozmawiał z wodzami plemion i z mieszkańcami wioski. Nie zapomniał też o sztuce leczenia, opisał tamtych uzdrowicieli, przypomniał trąd, który na dobre opuścił wyspę całkiem niedawno. Był ambasadorem RP w Chile i w Argentynie.

Na koniec przypomnę Pisarza Lekarza 2012, w kategorii poezja. Zbigniew Kostrzewa 17 maja debiutuje w roli dramatopisarza w Teatrze Dramatycznym w Płocku. „Gazeta Lekarska” będzie systematycznie śledzić losy laureatów oraz prezentować ich dzieła w następnych numerach.

Organizatorzy obiecują kolejną edycję, zatem oby nas wena nie opuściła, wszak zawód lekarza, mimo zachodzących zmian, nierozzerwalnie związany jest z humanistyką. ■



Elżbieta Płonka-Półtorak, laureatka w kategorii poezji, która nie może żyć bez krakowskiego powietrza, a mieszka w Rzeszowie i w drodze między ukochanymi miastami tworzy swoje wiersze.

Elżbieta Płonka-Półtorak

Elegia na śmierć Świętego

*wracalam do domu
kupitam dwa swetry
w autobusie kobieta o siwych
włosach
brudnych paznokciach mówi
"ja jeżdżę
proszę pani
bo uciekam przed śmiercią
o tu panie kierowco
chcę wysiąść"*

*dzwony
takie głośne
noc*

umart Człowiek

Naczelna Izba Lekarska ogłasza Ogólnopolski Konkurs Literacki „Historia Zdrowia i Choroby”

Zapraszamy do zapoznania się z regulaminem i nadsyłania prac!

Regulamin Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

Organizator

Naczelna Izba Lekarska ogłasza Ogólnopolski Konkurs Literacki „Historia zdrowia i choroby”, którego organizatorem jest Kolegium Redakcyjne Gazety Lekarskiej (GL).

Cele Konkursu

1. Zapis zmian, które nastąpiły w polskiej ochronie zdrowia, w szczególności podczas wprowadzania pakietu reform w latach 2009-2013.
2. Przedstawienie nowych relacji między lekarzem i pacjentem.
3. Prezentacja zmieniającej się roli lekarza w świetle gwałtownego rozwoju technik medycznych.
4. Promowanie twórczości literackiej opisującej środowisko lekarskie.

Zasady uczestnictwa

1. Konkurs ma charakter otwarty.
2. Uczestnik przysyła jedną pracę w języku polskim.
3. Formą konkursu jest SZKIC LITERACKI.
4. Prace należy przysłać do **30 października 2013 r.**
5. Liczba znaków edytorskich tekstu wraz ze spacjami nie może przekroczyć sześciu tysięcy.
6. Utwory (plik w formacie Word, czcionka Times New Roman, rozmiar 12, interlinia 1,5 wiersza) należy wysłać w załączniku oznaczonym imieniem i nazwiskiem autora na adres mailowy: konkursliteracki@gazetalekarska.pl. W treści maila powinny się znaleźć: imię i nazwisko autora,

numer prawa wykonywania zawodu, o ile jest lekarzem lub lekarzem dentystą, adres do korespondencji, zwrotny adres e-mailowy i telefon.

7. Szkice nie mogą być wcześniej publikowane ani nagradzane.
8. Przesłanie dzieła jest równoznaczne z akceptacją regulaminu oraz zgodą na bezpłatną publikację w wydawnictwie pokonkursowym, prezentację opinii krytyków i czytelników oraz promocję w prasie, radiu, telewizji i internecie.

Przebieg Konkursu

1. Teksty zostaną ocenione przez Jury Konkursu powołane przez Kolegium Redakcyjne „Gazety Lekarskiej”.
2. Członkowie Kolegium Redakcyjnego „GL” nie mogą brać udziału w konkursie.
3. Jury Konkursu ogłosi wyniki 20 marca 2014 r. podczas uroczystej Gali rozpoczynającej XI Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie oraz na stronach internetowych: www.gazetalekarska.pl i www.nil.org.pl.

Nagrody

1. Organizator przewiduje przyznanie nagrody głównej spośród wszystkich nadesłanych prac, nagrody dla najlepszego szkicu nadesłanego przez lekarza lub lekarza dentystę oraz wyróżnień.
2. Pula nagród wynosi 10 000 zł.
3. Organizator zastrzega sobie prawo do odstąpienia, na wniosek Jury Konkursu, od przyznania nagród.



Teatr Dramatyczny w Płocku - PIEKIEŁKO, wstęp wolny
PRAPREMIERA POLSKA - scena dramatu współczesnego

I LETNI PUCHAR POLSKI LEKARZY I FARMACEUTÓW
W TENISIE I KOLARSTWIE GÓRSKIM



II Konferencja Naukowa „Medycyna i Sport”
– 6 września 2013 Sport-Klinika, Żory
Impreza towarzysząca: Letni Puchar Polski
Lekarzy i Farmaceutów w tenisie
i kolarstwie górskim
– 6-7 września 2013, Żywiec

Organizatorzy: Sport-Klinika Żory,
Śląska Izba Lekarska, Śląska Izba Aptekarska

Kontakt:
szkolenia@sport-klinika.pl,
32/ 475 93 78,
www.sport-klinika.pl



ZAPRASZAMY NA
11 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym
14-15 czerwca 2013 r. Bychawa k/Lublina
zgłoszenia do 25 maja:
www.szosa.eu
Krzysztof Matras tel. 605084016
Mariusz Trus tel. 697111238
mplks lgk

Zapraszamy na
XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 10 km
26.05.2013 Bielsko-Biała
Zgłoszenia i szczegóły na www.asir.pl
Maciej Pająkowski 602 177 857



III Ogólnopolskie Grand Prix w strzelectwie myśliwskim dla lekarzy „Złoty Eskulap” Puławy 23.06.2013 r.

Serdecznie zapraszamy wszystkich medyków
(i nie tylko medyków) spod znaku św. Huberta na
sportową rywalizację na strzelnicy myśliwskiej
oraz odkrywanie uroków Lubelszczyzny w jak
najliczniejszym gronie. W przeddzień zawodów
zapraszamy na plenerowe spotkanie integracyjne
w jednym z uroczych lokali nad Wisłą.
Informacje na temat zawodów oraz karta
zgłoszeniowa znajdują się na stronie
internetowej www.zlotyeskulap.pl

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Marek Gogacz, Tomasz Wójcicki





RAJD GÓRSKI

SŁUŻBY ZDROWIA BIESZCZADY 2013

Komisja Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie
zaprasza koleżanki i kolegów do udziału
w Rajdzie Górskim Służby Zdrowia „Bieszczady 2013”
który odbędzie w dniach: 03 - 11 sierpień 2013.

Baza namiotowa przy OSW w Zatwarnicy.

W programie między innymi:

- ▲ Codzienne wędrowki najpiękniejszymi bieszczadzkimi trasami
- Konkurs fotograficzny i rysunkowy
- ◆ Spotkania z „bieszczadnikami”
- Spotkania „pośpiewamy, potańczymy”

Zgłoszenia (z dowodem wpłaty)
prosimy przesyłać do 22.07.2013 na adres:

Biuro OIL w Rzeszowie
35-026 Rzeszów,
ul. Reformacka 10
fax: 017 853 94 31

Więcej informacji na: www.rzeszow.oil.org.pl

Zapraszamy!



ABSOLWENCI AM W WARSZAWIE, ROCZNIK 1953-1958

Zjazd koleżeński absolwentów warszawskiej AM, rocznika 1953-1958 odbędzie się 1 czerwca 2013 r. Program spotkania: godz. 10.00 – msza św. w Kościele SS. Wizytek, ul. Krakowskie Przedmieście 34, po mszy spotkanie towarzyskie przy herbatce w klubie Harenda, ul. Krakowskie Przedmieście 4/6; godz. 16.00 – obiadokolacja w Klubie Lekarza, ul. Raszyńska 54. Koszt spotkania 120 zł/osobę. Opłaty – przekazem pocztowym – prosimy kierować na adres: Halina Więckowska, 00-850 Warszawa, ul. Prosta 67 albo Michał Parys, 04-802 Warszawa, ul. Zbójno-górska 38. Termin zgłoszeń/wpłat do 20 maja br.

WYDZIAŁ LEKARSKI, ROCZNIK 1962-1968 ORAZ ODDZIAŁ STOMATOLOGII, ROCZNIK 1962-1967 AM W POZNANIU

Komitet Organizacyjny Zjazdu Absolwentów Wydziału Lekarskiego z roku 1962-1968 oraz Oddziału Stomatologii z roku 1962-1967 AM w Poznaniu zaprasza na koleżeńskie spotkanie z okazji 45 rocznicy ukończenia studiów. Szczegółowe informacje oraz program zostaną rozesłane do Koleżanek i Kolegów, których adresy posiada Komitet Organizacyjny. Przewidywany termin zjazdu: 14 września 2013 r. Zgłoszenia na adres: Katedra i Klinika Chirurgii, prof. Andrzej Jankowski, 60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33, tel. 601 56 34 34, e-mail: acjankowski@op.pl.

WYDZIAŁ STOMATOLOGII AM W GDAŃSKU, ROCZNIK 1983-1988

Serdecznie zapraszamy wszystkie Koleżanki i Kolegów na jubileuszowe spotkanie z okazji 25 rocznicy uzyskania dyplomu lekarza dentystry, które odbędzie się 19 października 2013 r. w Gdańsku w hotelu Hanza. Potwierdzeniem uczestnictwa jest wpłata 300 zł od osoby na konto: Elżbieta Lachowicz 72 2030 0045 1170 0000 0427 0890, możliwość noclegu w hotelu, rezerwacja indywidualna na hasło „ZJAZD STOMATOLOGÓW”. Prosimy o wpłaty do końca lipca. Informacje: Elżbieta Lachowicz (Owsik) - elzbieta.lachowicz@wp.pl, Ewa Rast (Pieklik) - ewa.rawp.pl@wp.pl.

ODDZIAŁ STOMATOLOGII AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1983-1988

Z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów zapraszamy na zjazd koleżeński, który odbędzie się 5 października 2013 r. Miejsce spotkania: restauracja „Przystań”, Lublin, ul. Kunickiego 143. Przewidywany koszt uczestnictwa 200 zł od osoby. Szczegółowe informacje u organizatora pod numerem tel. 602 304 598. Wpłaty na konto: restauracja „Przystań”, 20-451 Lublin, ul. Kunickiego 143, nr konta: 62 1540 1144 2114 6404 4534 0001, z dopiskiem „Zjazd 5 październik”.

WYDZIAŁ LEKARSKI PUM, ROCZNIK 1983

Koleżanki i Koledzy z rocznika PUM 1983 – to już 30 lat! Zjazd absolwentów Wydziału Lekarskiego rocznika 1983 PAM (obecnie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego) odbędzie się w dn. 4-6 października 2013 r. w hotelu Jan w Darłowie, ul. Słowiańska 24. Stomatologia mile widziana. Całkowity koszt pobytu z wyżywieniem i imprezami towarzyszącymi wynosi 410 zł od osoby za trzy dni pobytu (od piątku do niedzieli). Koszt dla chcących skorzystać z jednego noclegu (z piątku na sobotę lub z soboty na niedzielę) wyniesie 295 zł. Zgłoszenia: Paweł Gonerko: pawgon@poczta.fm, tel. kom. 501145687 lub Tomasz Grodzki: grodzki@grodzki.szczecin.pl, tel. kom. 601711758. Przedpłaty w wysokości 100 zł od osoby najpóźniej do 31 lipca br. na konto: Bank: Inteligo, nazwa: Zjazd (Paweł Gonerko), nr 50 1020 5558 1111 1037 6040 0122. Ważne! Prosimy pamiętać o podaniu swoich danych przy wpłacie. Ostateczny termin dokonania pełnej wpłaty to 30 września br. Do zobaczenia jesienią. Paweł Gonerko, Tomasz Grodzki, Grzegorz Szymański.

ABSOLWENCI ŚLAM, ROCZNIK 1983

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy, zapraszamy do wzięcia udziału w spotkaniu z okazji 30 rocznicy ukończenia ŚLAM, które odbędzie się w dn. 12-13 października 2013 r. w hotelu Mercure Kasprowy w Zakopanem. Koszt udziału w zjeździe: 290 zł brutto (uroczysta kolacja, oprawa muzyczna i koszty organizacji). Nocleg: 200 zł brutto pokój jednoosobowy, 220 zł brutto pokój dwuosobowy. Rezerwacja noclegów na stronie www.kasprowy.pl, (po rejestracji na www.konferencja.thebloom.pl/Zjazd-SLAM otrzymają Państwo hasło do rezerwacji hotelowej). Zainteresowanych zapraszamy do wcześniejszego przyjazdu i udziału w nieoficjalnym spotkaniu 11 października br. Mile widziane zdjęcia z lat studenckich – prosimy o przysyłanie zdjęć na adres organizatorów. Kontakt w sprawach zjazdowych: Marian Papież, tel. 602 532 912, e-mail: marpap@poczta.onet.pl; Małgorzata Papież, tel. 608 342 514, e-mail: papiez@poczta.onet.pl. Rejestracja do udziału w zjeździe oraz szczegóły: www.konferencja.thebloom.pl/Zjazd-SLAM.

WYDZIAŁ LEKARSKI W ZABRZU, ŚLAM, ROK UKOŃCZENIA 1988

Uroczyste Koleżanki, Wspaniali Koledzy, zjazd z okazji 25 rocznicy uzyskania przez nas dyplomu lekarza odbędzie się 19 października 2013 r., w hotelu STOK w Wiśle Ustroniu. Rozpoczęcie o godz. 19.00. Główna część imprezy to elegancki bankiet z dobrą orkiestrą. Opłata: 220 zł/osobę. Wpłata na konto hotelu: „Bodeko Hotele” Sp. z o.o. w Wiśle, ING Bank Śląski o/ Wiśla, nr 97 1050 1096 1000 0001 0108 6080, z podaniem imienia i nazwiska, hasła „Zabrze 88” oraz numeru grupy – po to, aby wstępnie rozplanować salę. Noclegi proszę rezerwować osobno, też posługując się hasłem „Zabrze 88”, tel. 48/33 856 41 00 i 48/ 33 856 41 66, recepcja@hotelstok.pl. Do zobaczenia, Robert Bukalski, robertbukalski@pro.onet.pl.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1983

Z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów, 12 października 2013 r. odbędzie się spotkanie koleżeńskie w Zemborzycach. Informacje: Barbara Żmurowska 661046496, Bożena Kowal 693847713, Piotr Wojtaś 691033100 lub e-mail: zjazdabsolwentowamlublin1983@gmail.com.

ABSOLWENCI AM W KRAKOWIE, ROCZNIK 1955-1960

Zjazd koleżeński absolwentów krakowskiej AM z rocznika 1955-1960 odbędzie się 11 maja 2013 r. w Krakowie. Miejsce: kościół św. Mikołaja przy ul. Kopernika 7, godz. 11.00.

Leszczyna

Coraz trudniej znaleźć równowagę w osądzie otaczających nas zmian. Frustracja znowu dosięga szerokie kręgi środowiska lekarskiego, mimo że materialnie większości z nas żyje się lepiej. Jednak z dnia na dzień stajemy wobec wyzwań, którym nie potrafimy sprostać.

Przed wszystkim, wbrew zapotrzebowaniu medialnemu i społecznemu, ale głównie w niespełnieniu prometejskich snów, nie potrafimy dać ludziom nieśmiertelności. Wydłużamy dni pierwsze – inkubacyjne, bogate w tlen, pompy infuzyjne, żywienie pozajelitowe, stymulację ssania i rehabilitację na dobry początek. Wydłużamy dni jesienne, wbrew bólowi stawów, zapomnieniom, duszności, na której tchnienie podajemy kolejny aerozol rozpylający nadzieję na chwilę uspokojenia nerwów i szybszego bicia serca aż do końca. A „niewdzięczny” pacjent od starożytnych lat powtarza, że za jego dolegliwości odpowiada lekarz, a zdrowie przede wszystkim zawdzięcza naturze.

W gonitwie bieżących spraw, zmartwieniu o zwykły byt rodziny i wykształcenie dzieci, dbałości o ojca i matkę – dosięga nas niepamięć wyboru zawodowego. Widzę ją w skargach napływających do izby, w agresywnych artykułach prasowych, w nasyconych roszczeniami programach dla reportera, w akcjach społecznych z hasłem „leczyć po ludzku”, w wypowiedziach dyrygenta narodowej orkiestry serc, w politycznych wytykach i nakazach, na sądowych salach i w komisjach roztrząsających zdarzenia medyczne. Lekarz zły jest równie pożądanym przez tłum, jak zły nauczyciel, urzędnik, ksiądz, polityk, sędzia, pazerny biznesmen i nieobyczajny artysta. Ludzki błąd, do którego według najwyższych paragrafów człowiek ma prawo, piętnowany jest na każdym kroku, zasługuje na pregiery, pod którym czekają chętni do rzucania kamieniami, chociaż ich twarze nie wyglądają już od dawna na niewinne.

W realizacji ambicji i ochronie swojej pozycji, w poszukiwaniu drabiny awansu i na karuzeli stanowisk, niejednokrotnie tracimy rozum. Znanie postaci, autorytety, mili koledzy i biesiadni kompani, współtwórcy idei i zrywów sprzed wielu lat, pomysłodawcy nośnych haseł i pionierzy zmian na lepsze – tracą w naszych oczach blask. Rozmieniają się na

drobne, jakby śpiewali: „Co tam hańba, gdy talary mają lepszy kurs od wiary!”. I w rytm melodii, niszczą zasady, które także dzięki nim uznawaliśmy za niewzruszalne.

Gra mi w uszach piosenka Młynarskiego: „Moje ulubione drzewo – Leszczyna, leszczyna, Jak ją za mocno przygiąć w lewo, To w prawo się odgina, A jak za mocno przygiąć w prawo, To w lewo bije z wprawą, A stara sosna szumi radosna: Brawo, brawo! Więc ochraniaj ją miłośnicie – O każdej dnia dobie, Chroń leszczynę, która rośnie – Nad Hańczą hen i w tobie! Chroń tę leszczynę, co wciąż od nowa – Prostuje się zajadła, Trzeba by cały las wykarczować – Żeby pa-dła...”.

Karczowanie symbolicznych znaków równowagi – leszczyn, które mimo wiatrów historii, butów administracji, zajadłości wygłodniałych dziennikarzy, wciąż się prostują i trzymają klasę – jest coraz bardziej planowe i konsekwentne. Ulegamy tej krucjacie. Zaprzeczamy, wygłaszamy zdania odrębne, protestujemy ostentacyjnie, podpisujemy petycje, krzyczymy w gabinetach lekarskich i na forum, a potem umywamy ręce, pijemy herbatę, planujemy egzotyczny wyjazd. Nie mamy siły na kolejne odgięcie i wymierzenie leszczynową witką należnej chłosty. Nie wiemy, w kogo uderzyć, bo arogancja i buta, gra interesów, sieć powiązań i układów knebluje nasze usta i wiąże ręce.

Brak harmonii prędzej czy później odbija się na zdrowiu. Choroba najpierw rozwijała się podstępnie, a teraz w wielu wypadkach pozostaje jedynie działanie paliatywne, w tym ratowanie pamięci, dobrych relacji, zwyczajowego poszanowania mistrzów, troski o adeptów, przeciwdziałanie bólowi codziennym, wzajemne zaufanie. To ostatnia próba równoważenia skutków nieczułości i przypomnienie zawodowego powołania. „Więc ochraniaj ją miłośnicie – O każdej dnia dobie, Chroń leszczynę, która rośnie – »każdej wiosny« i w tobie!” ■



Jarosław Wanecki

**Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GI”**

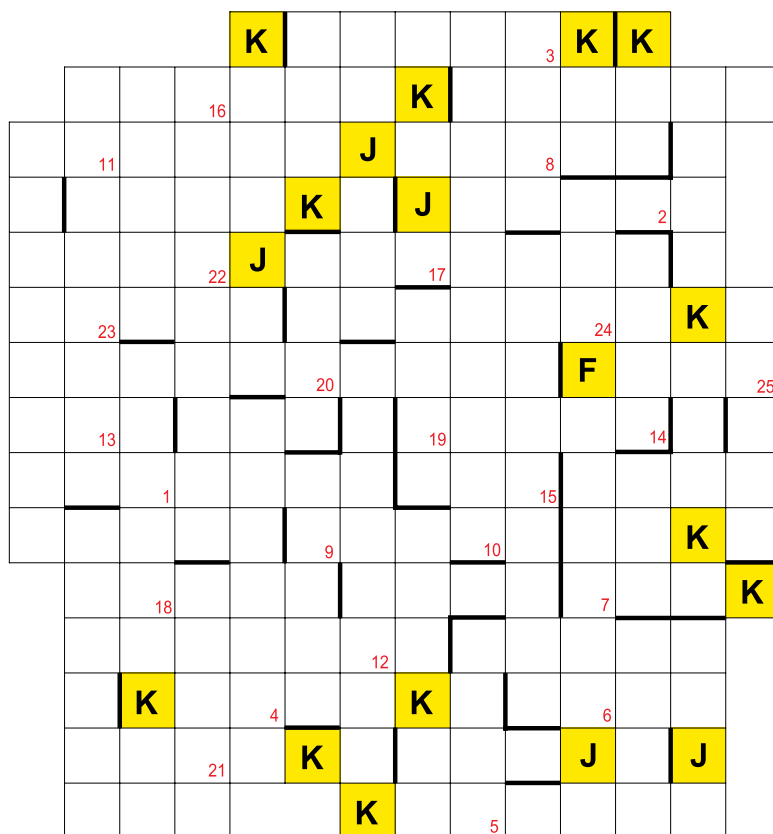


Autor jest nominowany do tytułu Płocczanin Roku. Trzymamy kciuki! Więcej informacji na www.gazetalekarska.pl.

Objaśnienia 60 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery F, J i K. Na ponumerowanych polach ukryto 25 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 czerwca 2013 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

**Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 186 („GL” nr 3/2013)
Ludzie odczuwają rzeczy dobre wolniej niż złe.
Liwiusz**

Nagrody otrzymują: Waldemar Kubacki (Wołczyn), Zdzisław Szojkowits (Bytom), Justyna Śląg (Jastrzębie-Zdrój), Patrycja Wiesiołek-Kurek (Białystok). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.



* T w EKG * Michał, uczony rosyjskiego Oświecenia * szeroka ulica * komórka płciowa * płynie w Innsbrucku * rodzina lutników z Cremony * stres poalkoholowy * matka Cygnusa * pasat lub monsun * sukulent z Meksyku * sukcesja * między fa i la * akustyczna fala odbita * stolica Mali * postępek, osiągnięcie * trachea * auto z Russelsheim * Don lub Ren * odwadnianie przez zamrożenie i sublimację * Keczua * pokoju lub zakazu * zabił ojca i poślubił matkę * barwnik z rtęcią * z FAO i WHO * śledziona (łac.) * włókno z Torunia * grecki rynek * stałocielność * kolor nie bielonego płótna * bada ruch i równowagę ciała * zagłębienia na korzenie zębów * pomiar * stróż w spódnicy * bawół z Celebosu * Herbert von, sławny dyrygent * łukowata kształtka rurowa * amerykańska wywołana przez niczenia * Janis, gwiazda rhythm and bluesowa * ornament ze spłotu linii i wstęg * faza płodna u samic ssaków * syn Egipcy * maluch * struma * władca Afganistanu * sygnalizatory * meksykańska używka z meskaliną * luźne skały osadowe * wyskoczyła z głowy Zeusa * tłuszcz wieloryba * galeria obrazów w Monachium * angielska stopa * tubifeks * papiery wartościowe * miasto u ujścia rzeki Seyhan * colon sigmoideum * bóg stwórca u Jorubów * znaczków i pocisków * jaszczurka z kolcami i grzebieniami * spływa wosną * hydronephrosis

BJER

**Wydawca:
Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład: 160 280 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:

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

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

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

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

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

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

Reklama i marketing:
Elżbieta Tarczyńska
Tel. (22) 559 13 26, Fax (22) 558 80 42
Tel. 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia:
Michał Ostaszewski
Tel. (22) 559 13 26, Fax (22) 558 80 42
m.ostaszewski@gazetalekarska.pl

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

