**SAMORZĄD:** To było 17 maja 1989 roku

# GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB LEKARSKICH
6 | 2019

## ZAŚWIADCZENIA OD LEKARZA DENTYSTY PRZED ZABIEGIEM PLANOWYM

BRAKUJE STANDARDÓW

**Badanie ankietowe**

## STAŻ I CO DALEJ?

DYLEMATY DOTYCZĄCE WYBORU SPECJALIZACJI

**Znikająca kasa**

WYSOKOŚĆ EMERYTURY A KAPITAŁ POCZĄTKOWY

**Depenalizacja zawodu**

13 POWODÓW

**Myślenie magiczne**

**Temat numeru**

# KONTRAKT CZY ETAT?

JAK STRUKTURA ZATRUDNIENIA WPŁYWA NA LEKARZA, PACJENTA I SZPITAL

# 30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

GAZETA LEKARSKA
PISMO IZB LEKARSKICH
6 | 2019

**14**

**SAGA LEKARSKIEGO PROTESTU**

Od trzech dekad lekarze wychodzą na ulice, walcząc o godne warunki pracy i rzeczywistą reformę ochrony zdrowia.

STR. 10

**42**

**ASYSTENCI LEKARZY**

Czy nowa profesja rozwiąże problem braków kadrowych? Przykład SCCS pokazuje, że asystenci są dużym wsparciem.

STR. 21

STR. 44

# Spis treści

czerwiec 2019

**SAMORZĄD**
**4** | Potrzebujemy ponownego odrodzenia
**8** | Gorszy pieniądz wypiera lepszy
**10** | To było 17 maja
**12** | Okiem prezesów NRL
**14** | Saga lekarskiego protestu

**TEMAT NUMERU**
**20** | Lekarze w szpitalach ogólnych
**21** | Zniewolenie?

**PRAWO I MEDYCYNA**
**28** | Lekarz w charakterze podejrzanego
**30** | Nie rozpoznał złamania
**32** | Znikająca kasa

**PRAKTYKA LEKARSKA**
**34** | Od dumy do zadumy
**35** | Zaświadczenia od lekarza dentysty
**40** | Jak pomóc młodym lekarzom?
**41** | Najlepsi w sesji wiosennej
**42** | Rodzi się nowa medyczna profesja
**44** | Co po stażu?
**47** | 13 powodów... by depenalizować zawód lekarza
**50** | Myślenie magiczne
**52** | Czy w Mydlnikach śpiewają słowiki?

**ZE ŚWIATA**
**54** | DNA lekarza starzeje się szybciej
**55** | Potrzebne przemodelowanie systemu

**NAUKA**
**57** | Drogi palacz
**58** | Współpraca, nie rywalizacja

**LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE**
**60** | Przede wszystkim leczymy

**LISTY**
**62** | Wycena w AOS od lat stoi w miejscu

**PO GODZINACH**
**64** | Ochrona zdrowia minus
**65** | Kulturalna rezolucja
**66** | Na sen
**68** | Kultura
**69** | Sport
**70** | Dr Jan
**71** | Pęknięte serce, czyli znieczuleni aż do bólu
**72** | Poezja. Proza. Benefis
**73** | Zjazdy koleżeńskie
**74** | Ogłoszenia
**82** | Jolka lekarska

ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Z SOBIESKIEGO 110

# Potrzebujemy ponownego odrodzenia

17 maja wspominaliśmy rocznicę uchwalenia ustawy o izbach lekarskich. Podczas spotkania w formie konferencji transmitowanej na żywo, poruszyliśmy kwestię roli i działalności odrodzonego od 30 lat samorządu lekarskiego.

**Wystąpiły twarze systemu ochrony zdrowia – minister zdrowia prof. Łukasz Szumowski, dr Adam Kozierkiewicz, dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, a także konstytucjonalista prof. Marek Chmaj, a przysłuchiwali się im bohaterowie odrodzenia, Matki i Ojcowie założyciele samorządu lekarskiego, którym zawdzięczamy jego reaktywację.**

Padały wielkie słowa, niektóre słodko-gorzkie. Przypomniano o wadze integracji i solidarności, których coraz bardziej brakuje w naszych szeregach. Podkreślono niezwykłość lekarskiej wspólnoty, która, łącząc dwie grupy zawodowe, stara się spełnić ich zapotrzebowania, stojące nierzadko w sprzeczności. Określono samorząd jako partnera w realizacji misji publicznej, jaką jest ochrona zdrowia.

I my tym partnerem pragniemy być, ale coraz częściej jesteśmy pomijani w konsultacjach projektów i regulacji, mających wpływ na zawód lekarza i lekarza dentysty. Ostatnio zostaliśmy zlekceważeni przez NFZ – treść oraz tryb wydania zarządzenia w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej są nie do przyjęcia. Mimo obustronnych ustaleń, że istotne regulacje będą wspólnie opracowywane, pominięto głos 180 tys. lekarzy i lekarzy dentystów. I tym sposobem doszło do dyskryminacyjnego premiowania podmiotów z I i II poziomu systemu PSZ.

Taka ignorancja boli tym bardziej, gdy my sami jesteśmy jej źródłem. Na rzecz karier w polityce lub indywidualnego „prestiżu", wypracowania sobie nazwiska, potrafimy szkodzić całemu środowisku. Przykładem jest projekt ustawy refundacyjnej dotyczący podwójnego karania lekarzy za nieprawidłowości związane z wystawianiem recept. Zapisy w nim zawarte nadal przewidują podwójne karanie lekarzy. Co prawda projekt usuwa 3 spośród 5 przesłanek do nałożenia kary administracyjnej, które wprowadzała ustawa z lutego 2019 r., lecz dwie przesłanki: nieprowadzenie dokumentacji medycznej oraz prowadzenie jej niezgodnie z przepisami, pozostają bez zmian. Przewiduje się stosowanie podwójnego karania, i to w formie drakońskiej sankcji, w sytuacjach nie tylko patologicznych nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli, ale mogą one również dotknąć uczciwych, choć przepracowanych lekarzy. Bolą złamane obietnice naszych kolegów, w szczególności tych, którzy tak bardzo byli złączeni z samorządem w przeszłości.

Nie poddajemy się. Mimo wielu przeszkód będziemy dalej zabiegać o dobro naszego środowiska.

Ponadto: braki w kadrach, braki w dofinansowaniu (liczenie wydatków na zdrowie w 2019 r. na postawie PKB z roku 2017 to „śmiech na sali"), brak zainteresowania wśród młodych ludzi medycyną, zmuszają nas do protestu. Strajkować nie musimy – biorąc po uwagę aktualne niedobory i ułomności systemu ochrony zdrowia, wystarczy, że lekarze i lekarze dentyści zaczną pracować zgodnie z Kodeksem pracy, przestaną przyjmować po godzinach, poza kolejką, przestaną poświęcać swoje zdrowie i życie rodzinne pacjentom. Właśnie o tym się zapomina, że system powinien być nie tylko „dla pacjenta" ale i dla „dla lekarza", powinien umożliwiać godną pracę i jak najlepszą opiekę nad chorymi.

Oczywiście, jesteśmy również winni i my. Widać to w karierowiczostwie i braku jedności. Często pracujemy na korzyści indywiduum, nie zastanawiamy się, co możemy zrobić wspólnie dla środowiska, a każde rozdarcie władza umiejętnie wykorzystuje.

Na konferencji obchodów 30-lecia odrodzonych izb lekarskich zabrakło nas – lekarzy – działaczy samorządowych. Przykre do zaobserwowania było to, że tylko garstka członków NRL brała udział w tej konferencji. Serdecznie dziękuję tym, którzy okazali więzi z historią oraz wygłosili interesujące komentarze okolicznościowe. Dziękuję Kolegom Krzysztofowi Madejowi, Andrzejowi Ciśle i Grzegorzowi Wronie za dorzucenie cegiełki w postaci analizy obecnego stanu naszej wspólnoty.

Mam nadzieję, że w trakcie grudniowych uroczystości upamiętniających I Krajowy Zjazd Lekarzy znajdziecie Państwo więcej czasu i zainteresowania historią Naszego Samorządu. Jest to o tyle ważne, ponieważ potrzebujemy ponownego odrodzenia, nie w formie ustawy, ale postawy. Musimy uderzyć się w pierś, musimy się zjednoczyć, przypomnieć sobie, że w gorszych warunkach potrafiliśmy zadbać – zawalczyć wręcz – o swoje prawa, prawa całego samorządu, by realizować w godnych i bezpiecznych warunkach naszą lekarską misję. ■

SKRINING

# Co na to premier?

**Samorząd lekarski trzyma rękę na pulsie. Prezes NRL Andrzej Matyja wystosował pismo do premiera Mateusza Morawieckiego dotyczące rozbieżności w kwestii nakładów na zdrowie.** W rządowej uchwale w sprawie Wieloletniego Planu Finansowego Państwa na lata 2019-2022 (opublikowanej w Monitorze Polskim z 15 maja) w tabeli 18 „Wydatki wg funkcji" w pozycji „ochrona zdrowia" podano jedynie wartość procentową publicznych nakładów w odniesieniu do PKB z roku 2017 (4,7 proc.). Brak w niej prognozowanej wartości na 2022 r., podczas gdy w przyjętej wcześniej przez sejm tzw. ustawie 6 procent uwzględniono stopniowy, rokroczny wzrost nakładów, zapisując, iż w 2022 r. wyniosą one 5,55 proc. PKB. „Proszę o pilne wyjaśnienie powodów wspomnianej rozbieżności, która napawa nas wielkim niepokojem, zwłaszcza że zapisana w ustawie docelowa wartość 6 proc. PKB w roku 2024 i tak odbiega znacząco od oczekiwań środowiska i konieczności dostosowania wielkości nakładów do powszechnych oczekiwań" – napisał prezes NRL. ■

> **6 proc. PKB – przynajmniej do tego poziomu mają wzrosnąć środki przeznaczone na ochronę zdrowia do 2024 r.**

# Prezydium u ministra

**27 maja w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie kierownictwa resortu z Prezydium NRL, podczas którego omówiono najpilniejsze sprawy dla środowiska lekarskiego.** Rozmawiano m.in. o ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty w kontekście realizacji ubiegłorocznego porozumienia z rezydentami, roli stomatologii w systemie publicznej opieki zdrowotnej, ograniczeniu biurokracji w ochronie zdrowia, EDM, refundacji leków i zniesieniu podwójnego karania lekarzy, wydłużeniu czasu opiniowania aktów prawnych przez NRL, a także refundacji kosztów zadań wykonywanych przez izby lekarskie. Zwrócono uwagę na rozbieżność postępowania między ministerstwem i NFZ. Przedstawiciele resortu zobowiązali się do konsultacji ze środowiskiem lekarskim zarówno obecnych, jak i planowanych w przyszłości zmian w ochronie zdrowia. Kolejne spotkanie ma odbyć się pod koniec lipca. Wówczas tematem obrad będą m.in. założenia do strategii opracowane po zakończeniu ogólnopolskiej debaty „Wspólnie dla Zdrowia". ■

FOTO: MARTA JAKUBIAK

# 30 lat później

**17 maja 1989 r. sejm uchwalił ustawę o izbach lekarskich. Dokładnie 30 lat później, 17 maja br.,** w siedzibie NIL odbyła się konferencja podsumowująca minione trzy dekady samorządności lekarskiej. W spotkaniu, poza prezesem NRL Andrzejem Matyją, uczestniczyło dwóch jego poprzedników: Krzysztof Madej i Maciej Hamankiewicz. Wielkim nieobecnym był Konstanty Radziwiłł, który przysłał pismo z informacją, że nie weźmie udziału „z powodu niespodziewanych i nieprzekładalnych obowiązków wynikających z pełnienia mandatu senatora". Uczestniczył w nim za to m.in. minister zdrowia Łukasz Szumowski. Więcej o konferencji piszemy na s. 10-11, a wideorelacja jest dostępna na www.gazetalekarska.pl. ■

Andrzej Matyja, Maciej Hamankiewicz, Krzysztof Madej.

gazetalekarska.pl

gazetalekarska.pl

SKRINING

# Pamiętamy!

Pamięć jest jednym z najważniejszych elementów tradycji. 30. rocznica uchwalenia ustawy o izbach lekarskich była okazją do złożenia kwiatów i zapalenia zniczy z tabliczką „Lekarze Naczelnej Izby Lekarskiej pamiętają". Delegacja NIL odwiedziła groby działaczy kładących podwaliny pod jego odrodzenie i aktywnie działających w strukturach samorządu w późniejszych latach. Mogiły prezesa NRL I kadencji prof. Tadeusza Chruściela, NROZ I i II kadencji prof. Stanisława Leszczyńskiego i byłego wiceprezesa NRL dr. Andrzeja Włodarczyka na warszawskich Powązkach odwiedziła delegacja w składzie: wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz, NROZ Grzegorz Wrona i przewodniczący NKR Jolanta Orłowska-Heitzman. ■

# Dento-mizeria

**Nie możemy zgodzić się z nierównym potraktowaniem lecznictwa stomatologicznego w korekcie planu finansowego – w ten sposób wiceprezes NRL Andrzej Cisło skomentował projekt zmiany planu finansowego NFZ na 2019 r.** Zaplanowany w nim wzrost nakładów na leczenie stomatologiczne jest niewielki, mimo że pula środków na stomatologię w wartościach bezwzględnych nie rośnie od 10 lat, a udział wydatków na stomatologię w budżecie NFZ w ciągu ostatnich 10 lat systematycznie spada. Wiceprezes NRL w piśmie do posłów członków sejmowej Komisji Zdrowia podkreślił, że gabinet stomatologiczny tworzy nie tyle pojedynczy lekarz, co kilkuosobowy zespół. „Zdecydowanie domagamy się wyższego procentowego wzrostu nakładów na stomatologię" – napisał Andrzej Cisło, tłumacząc, że – poza kosztami płacowymi – sporo wydatków powoduje m.in. rysująca się perspektywa wdrażania EDM, komplikacja sprawozdań informatycznych i nowe wymogi sanitarne. ■

# Wspólny głos

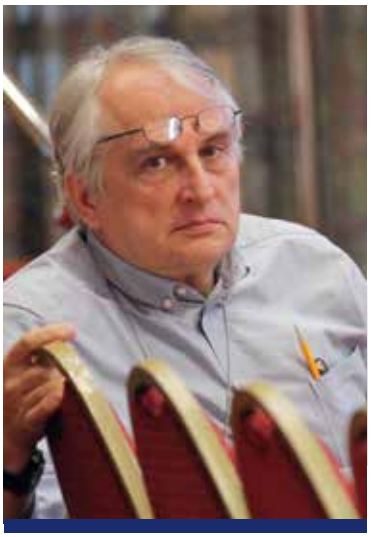
**Na ręce ministra zdrowia i prezesa NFZ trafiło stanowisko w sprawie dyskryminacyjnych regulacji dotyczących wyceny niektórych świadczeń szpitalnych.** Jest to wspólne stanowisko prezesa NRL prof. Andrzeja Matyi oraz przewodniczącego Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych prof. Przemysława Jałowieckiego, będące kontynuacją działań zapoczątkowanych stanowiskiem Prezydium NRL sprzed kilku tygodni. W piśmie do ministra Łukasza Szumowskiego podkreślono, że oczekuje się od resortu podjęcia natychmiastowych działań zmierzających do zniesienia praktyk dyskryminujących szpitale wyższych stopni referencyjności. Dodatkowo, zaapelowano o poparcie działań samorządu w tym zakresie do m.in. lekarzy z sejmowej Komisji Zdrowia, przewodniczących klubów poselskich, marszałków sejmu i senatu, Rzecznika Praw Pacjenta i prezesa Najwyższej Izby Kontroli. ■

# Co czyta prezes?

**Edukacji nigdy za dużo. Kontestowanie szczepień nie ma żadnych podstaw naukowych – mówi prezes NRL Andrzej Matyja, który jako jeden z kilku lekarzy czyta bajkę „Przygody Dzielnego Niedźwiadka Szczepana".** Autorką książki jest dziennikarka Izabela Filc-Redlińska. Bajka opowiada o niedźwiadku na co dzień mieszkającym w przychodni, gdzie pomaga dzieciom przezwyciężyć lęk związany ze szczepieniem. – Naszym obowiązkiem, jako lekarzy, jest rozmawiać z rodzicami, odpowiadać na ich pytania i wątpliwości dotyczące szczepień, rozumieć, iż pytania wynikają nie tylko z obaw, ale czasem i nieprawdziwych informacji, jakie można przeczytać w internecie – dodaje prezes NRL. Bajka powstała w ramach kampanii „Zaszczep się wiedzą". Więcej na www.zaszczepsiewiedza.pl. ■

# E-oczekiwania

**Środowisko lekarskie oczekuje rozwiązań, które ograniczą czynności lekarza związane z wystawieniem recepty jedynie do postawienia rozpoznania i przepisania leku.** „Ustalanie, czy pacjent jest uprawniony do leków refundowanych i w jakim stopniu to uprawnienie mu przysługuje, nie jest czynnością lekarską i nie powinno odwracać uwagi lekarzy od pacjentów" – podkreśla Prezydium NRL w stanowisku w sprawie projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań e-zdrowia. Zwolnienie z obowiązku oznaczania poziomu odpłatności leku powinno mieć charakter generalny i dotyczyć również recept wystawianych w postaci papierowej, a narzędzia informatyczne powinny zwolnić lekarzy z jakichkolwiek czynności o charakterze niemedycznym, w tym także od określania czy lek ma być w ogóle refundowany. ■



KRZYSZTOF MADEJ

wiceprezes NRL

# Gorszy pieniądz wypiera lepszy

Kilka dni temu pracownik działu medialnego położył na moim biurku wydruk e-maila z pewnej redakcji z zapytaniem, jakie jest stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie, jak to ujęto, „sporej liczby uczelni chcących kształcić lekarzy".

**Do listu dołączony był artykuł z jednego z portali o „wysypie uczelni chętnych do kształcenia lekarzy… ", w którym przytoczono listę uczelni ubiegających się o uzyskanie stosownych zgód. Popadłem najpierw w konsternację, a chwilę później w jeszcze większe zakłopotanie (nie wiem, jak się stopniuje „konsternację"?).**

Ustaliłem bowiem, że NRL nie przyjmowała w tej sprawie żadnego stanowiska, a gdy sam siebie zapytałem o to stanowisko, okazało się, że też mam z tym kłopot. Problem chęci kształcenia lekarzy na wielką skalę i, jak rozumiem, godziwego na tym zarabiania, niby nie najnowszy, ale w ostatnich dniach nabrał niezwykłej dynamiki i stał się właśnie problemem.

Można by się tą sprawą nie zajmować, tak radzą puryści samorządowi, dowodzący, że przedmiotem naszej korporacyjnej troski są wykształceni i wyzwoleni już lekarze, a więc tacy, którzy posiadają prawo wykonywania zawodu, a nie studenci lub zgoła kandydaci na studentów medycyny. Z drugiej strony, jak wywodzą inni, jeśli misją samorządu jest kształtowanie środowiska lekarskiego i dbanie o odpowiednio wysoki jego poziom, to zainteresowanie, kto aplikuje do tego środowiska i jakimi drogami do niego wstępuje, wydaje się uzasadnione. Mniej górnolotnie sprawę tą określa ustawa o izbach lekarskich, która wśród zadań samorządu lekarskiego (art.5 pkt. 8) mówi sucho: „opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i w innych zawodach medycznych".

Poglądy, jak wiadomo, można mieć wyrobione albo można je sobie wyrobić. Jak ciasto, nie przymierzając – tak by wynikało z semantyki. Przygotowałem więc składniki w postaci danych statystycznych mówiących: ile jest w Polsce uczelni medycznych z wydziałami lekarskimi, nazywanych obecnie uniwersytetami medycznymi; ile uczelni publicznych, niebędących uniwersytetami medycznymi, ma już takie wydziały i rozpoczęło już nabór i kształcenie albo za chwilę je rozpocznie; ile uczelni publicznych i niepublicznych przygotowuje się lub występuje o zgody na uruchomienie kształcenia lekarzy; jakie są limity przyjęć na studia stacjonarne i niestacjonarne; jakie są kryteria przyjęć na te rozmaite tryby kształcenia lekarskiego oraz jakie są wyniki tego kształcenia (na podstawie wyników LEK, oczywiście w rozbiciu na tych, którzy studiowali stacjonarnie i odpłatnie) – i nuże do wyrabiania poglądów. Z danymi statystycznymi jest kłopot, ponieważ dane dziennikarskie o tym, które uczelnie publiczne i niepubliczne planują dopiero lub rozpoczęły już starania o kształcenie lekarzy, nie pokrywają się ze sobą, więc trudno odróżnić domysły od twardych faktów. Z danymi oficjalnymi też jest problem. Trudno o uzyskanie dyscypliny statystycznej z tego np. powodu, że wiele uczelni ubiegających się o kształcenie w zawodach medycznych nadzorowanych jest przez innych, niż minister zdrowia, ministrów.

> **Poglądy, jak wiadomo, można mieć wyrobione, albo można je sobie wyrobić.**

I gdy już miałem ręce urobione po łokcie, nagle uświadomiłem sobie, że przecież mam poglądy na temat ścieżek kształcenia lekarzy. Do poglądów tych podchodzę jednak bardzo ostrożnie i czytelnikom też to doradzam. Kształcenie lekarskie zaczynałem bowiem w czasach, gdy nie było innych uczelni medycznych niż publiczne, nie było możliwości studiowania odpłatnego, na studia dostawało się w wyniku egzaminu wstępnego, a nie konkursu matur, i nie było lekarskiego egzaminu państwowego. Gdy zaczynałem swoją samorządową posługę, tezą przez nikogo wówczas niekwestionowaną było stwierdzenie, że lekarzy w Polsce jest za dużo i że za dużo jest niektórych jednostek ochrony zdrowia, stąd nieefektywne ich wykorzystanie i konieczność redukcji niektórych łóżek, oddziałów czy przychodni.

Pamiętam taką dyskusję na forum Naczelnej Rady Lekarskiej, gdy zastanawiano się, czy wobec nadmiaru lekarzy i wysokich limitów przyjęć na akademie medyczne nie należałoby zmniejszyć naboru. Profesor Bolesław Górnicki argumentował, że byłoby to sprzeczne z trendami europejskimi (podawał przykład Francji), wywodząc że uzyskanie wykształcenia medycznego nie musi być tożsame z rozpoczęciem praktyki lekarskiej. Może być tylko formą rozwoju indywidualnego, jak każde inne wykształcenie humanistyczne, a wejście na rynek pracy to odrębna kategoria rządząca się innymi prawami. Wówczas nie było drenażu absolwentów przez zagraniczne firmy farmaceutyczne i nie było takiej emigracji. W tzw. międzyczasie cała ta polityka zdrowotna doprowadziła do paradoksalnego kryzysu personalnego w tzw. „służbie zdrowia" i nie ma żadnego odpowiedzialnego. Tylko byli ministrowie zdrowia mają do swoich następców krytyczne uwagi, że źle kreują system i źle nim zarządzają.

Istnieje zatem wysokie ryzyko, że moje poglądy mogą być naznaczone starczym idealizmem wynikającym z bezkrytycznej afirmacji młodości i, co gorsza, że nie mam zdolności do wyczuwania ducha czasów. Szczególnie tego ducha, który przedkłada myślenie biznesowe nad myślenie w kategoriach wartości.

Ów katastrofalny brak lekarzy i fatalne prognozy na przyszłość, mówiące, że niedługo niektóre specjalności wymrą jak dinozaury, sprawiają, że jest duże przyzwolenie społeczne na rozkręcanie takich inicjatyw szkoleniowych. Mają one zwiększyć dopływ lekarzy na rynek. W ślad za tym idą rozbudzone nadzieje na dobry biznes na tym polu.

Panuje przekonanie, że kształcić można dobrze, jeśli będzie to dobrze opłacane, bo przecież za dobre pieniądze można kupić wysokie kompetencje. Muszą być też spełnione srogie, obiektywne kryteria formalne i materialne, a tego już przypilnuje groźny państwowy urzędnik.

Jeden z moich interlokutorów tłumaczył mi to tak: kształcenie musi kosztować i niech będzie odpłatne w coraz większym zakresie (bo takie jest życie i świat – podobno!). Gdy płacący i organizujący kształcenie będą liczyć skrupulatnie, to sam ten mechanizm wymusi jakość. I tak oto swoboda działalności gospodarczej (to jeden z tych ożywczych wiatrów wolności, który przenika nasze życie społeczne) ma się spotkać z kontrolowaną przez państwo jakością, wymuszaną etatystycznie.

Tradycjonalistycznie nastawieni recenzenci tych pomysłów powiadają, że kształcenie lekarzy, ze względu na jego specyfikę, powinno odbywać się w uczelniach medycznych z pełnym profilem dostępu do nauczania klinicznego, jak i w zakresie nauk podstawowych. Dopuszczają oni tworzenie wydziałów lekarskich na innych niż medyczne uczelniach pod warunkiem, że będą one miały pełny dostęp do bazy klinicznej i ambulatoryjnej i własnych pracowników dydaktycznych (czyli niby taka uczelnia medyczna w ramach innej uczelni). Byłaby to realizacja średniowiecznej zasady uniwersytetu, który, oprócz innych kierunków, musiał zawierać wydziały: filozofii, prawa, teologii i medycyny.

Czy wydział lekarski w wyższej szkole: Marketingu i Reklamy, Pedagogiki i Administracji, Ekonomii i Innowacji, Finansów i Biznesu, Informatyki i Ekonomii, uczelni Technologiczno-Humanistycznej czy, w końcu, w szkołach technicznych, z dostępem do dwóch szpitali powiatowych, zapewni to, o co apelują wszyscy – jakość kształcenia lekarzy? Co to jest zresztą ta jakość? Czym się ją mierzy? Może umiejętnością nie tylko uczenia, ale i wychowywania? Czy kultura uniwersytecka temu sprzyja? A jeśli tak, to czy za dobre pieniądze da się kupić kulturę uniwersytecką? Najbardziej niepokojącym jest to, że wiele tych nowych wniosków zakłada kształcenie lekarzy wg tzw. „profilu praktycznego", a więc mają to być szkoły zawodowe z założenia.

Miarkujmy zatem, aby ze szkolnictwem lekarskim nie stało się to, co stało się z innymi, ponad miarę skomercjalizowanymi dziedzinami edukacji, w których dobrem nabywanym stał się dyplom, a nie wykształcenie. Pamiętajmy o prawie Kopernika-Greshama: „gorszy pieniądz wypiera lepszy". ■

**“Gdy zaczynałem swoją samorządową posługę, tezą przez nikogo wówczas niekwestionowaną było stwierdzenie, że lekarzy w Polsce jest za dużo i że za dużo jest niektórych jednostek ochrony zdrowia, stąd nieefektywne ich wykorzystanie i konieczność redukcji niektórych łóżek, oddziałów czy przychodni.**

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

# To było 17 maja

Nie ma teraźniejszości bez przeszłości, nie ma przyszłości bez teraźniejszości.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

**Wspomnienia, refleksje i rozważania na temat roli lekarza i lekarza dentysty w czasach, które przeszły już do historii, ich miejsca w obecnym systemie opieki zdrowotnej oraz w przyszłości to tematy, którym poświęcono uroczystą konferencję z okazji 30-lecia reaktywowania samorządności lekarskiej.**

17 maja 1989 r. Sejm PRL uchwalił ustawę o izbach lekarskich. Dokładnie 30 lat później w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej spotkali się uczestnicy i świadkowie tych wydarzeń, a także ci, którzy dzięki wysiłkom twórców samorządu lekarskiego mogą być dziś jego częścią. Minutą ciszy uczczono pamięć o tych, którzy go tworzyli, ale nie doczekali tej podniosłej rocznicy. Gośćmi spotkania byli: minister zdrowia Łukasz Szumowski, dr Adam Kozierkiewicz, dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, przedstawiciele Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich (skład liczył 170 osób) – m.in. prof. Stanisław Głuszek, prof. Janusz Opolski, prof. Bolesław Samoliński, prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, prof. Witold Zatoński, dr Michał Kurowski, prof. Krystyna Rowecka-Trzebicka, dr Jacek Piątkiewicz, mec. Witold Preiss, byli prezesi NRL w poprzednich kadencjach, a także lekarze, którzy od początku działali i wciąż działają w strukturach izb lekarskich.

Przed rozpoczęciem uroczystości delegacja samorządu lekarskiego (wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona i przewodnicząca Naczelnej Komisji Rewizyjnej NRL Jolanta Orłowska-Heitzman) odwiedziła groby zasłużonych lekarzy mających swój udział w budowaniu odrodzonych izb lekarskich w 1989 r.

## GDZIE TEN ENTUZJAZM?

Tworzeniu się samorządności towarzyszył wielki entuzjazm, który dziś – jak podkreślił prezes NRL Andrzej Matyja – co prawda znacznie osłabł, nie umniejsza to jednak dokonań, jakimi w 30-letniej historii może się poszczycić samorząd lekarski. W liście złożonym na ręce prezesa Matyi prof. Zbigniew Chłap z Krakowa – współtwórca struktur samorządowych i Kodeksu Etyki Lekarskiej – podkreślił, że rozmiar tych dokonań jest nie do przecenienia, ponieważ samorząd stworzył lekarzom i lekarzom dentystom możliwość samostanowienia o sobie, a to jest najwyższa wartość. Dotyczy to m.in. pozycji, jaką lekarze wypracowali sobie w społeczeństwie, przejmowania od administracji państwowej spraw związanych z kształceniem podyplomowym, doskonaleniem zawodowym i orzecznictwem.

> **Samorząd zawodowy działa w oderwaniu od zwierzchności hierarchicznej, żadna władza nie może mu wydawać poleceń, co sprawia, że staje się partnerem dla rządzących, choć często niewygodnym.**

Minutą ciszy uczczono pamięć o nieżyjących współtwórcach samorządu.

Prof. Krystyna Rowecka-Trzebicka i prezes NRL Andrzej Matyja.

Prof. Zbigniew Zatoński.

Prawnik i politolog prof. Marek Chmaj zaznaczył, że samorząd lekarski funkcjonuje w oparciu o mocne podstawy prawne i, reprezentując wolny zawód zaufania publicznego, spełnia swoje zadanie. – Samorząd zawodowy działa w oderwaniu od zwierzchności hierarchicznej, żadna władza nie może mu wydawać poleceń, co sprawia, że staje się partnerem dla rządzących, choć często niewygodnym – zaznaczył Marek Chmaj, dodając, że jest to wyznacznikiem na przyszłość w kontaktach samorządu z otoczeniem i władzą. Do tych słów odniósł się minister Szumowski, który podkreślił, że z reguły wszystkie dobre działania są oddolne i tak jest w przypadku samorządu lekarskiego, co jednak oznacza nie tylko przywilej, ale i obowiązek, gdyż sprawowanie pieczy nad zawodem zaufania publicznego wiąże się z wielką odpowiedzialnością. – Moim oczekiwaniem, jako ministra zdrowia i członka samorządu, jest, aby izby lekarskie były partnerem w realizowaniu misji, jaką jest ochrona zdrowia – podsumował Łukasz Szumowski.

## RAZEM I OSOBNO

Samorząd lekarski łączy dwie grupy zawodowe – lekarzy i lekarzy dentystów. To rzadkość na skalę światową, jeśli chodzi o tego rodzaju mariaż. Wiceprezes NRL Andrzej Cisło powiedział, że cele tych dwóch grup zawodowych nie są sprzeczne, ale ich potrzeby mogą się różnić. – Od lat toczy się w środowisku dyskusja, czy to jest dla nas szansa, czy kłopot? – pyta Andrzej Cisło. Przyglądając się 30-letniej historii odrodzonego samorządu zauważa, że na początku było to dla stomatologów dobrodziejstwem – wspólnie z lekarzami pracowali oni w zakładach opieki zdrowotnej, ich model pracy niczym się nie różnił, zarówno lekarze, jak i lekarze dentyści cierpieli na brak nowoczesnego sprzętu, złe warunki pracy i mizerię wynagrodzeń. Zaznacza jednak, że pod koniec lat 90. XX w., kiedy stomatologia zaczęła się masowo prywatyzować, zaczęto dostrzegać specyfikę tego zawodu, a wraz z wejściem w życie rozwiązań unijnych stało się obligatoryjne wyodrębnienie zawodu lekarza dentysty jako zawodu zaufania publicznego.

– Ta specyfika dotyczy zarówno kształcenia podyplomowego, specjalizowania się, pracy w dużej części jednoosobowej lub w małych zespołach, co jest obciążające dla tej grupy zawodowej – tłumaczy Andrzej Cisło i zaznacza, że istotą wykonywania zawodu zaufania publicznego, jakim jest zawód lekarza dentysty, jest wysoki stopień kompetencji, który buduje się poprzez kształcenie, a ten problem wciąż czeka na rozwiązanie. Uważa, że dla stomatologów w przyszłości szansą będzie pokonanie problemów, a problemem zmarnowanie szans. Jego zdaniem stomatolodzy oczekują od samorządu bardzo aktywnego lobbingu, ale nie są przekonani, czy w obecnej strukturze są w stanie te cele osiągnąć.

Galeria zdjęć na gazetalekarska.pl

## KAPITAŁ

Zabierający głos w dyskusji Michał Kurowski stwierdził, że to, czego dokonał samorząd w minionych latach, to kapitał, którego nie można zmarnować. – W ciągu tych 30 lat były sukcesy i porażki, a największą z nich zbyt mały wpływ na reformowanie systemu ochrony zdrowia – powiedział Michał Kurowski. Dodał jednak, że jest optymistą i wierzy, że to się zmieni. Prezes NRL Andrzej Matyja zgodził się, że jednym z celów powołania samorządu lekarskiego było uzdrowienie systemu ochrony zdrowia i wciąż jest to jedno z największych wyzwań. Zaznaczył, że wprawdzie samorząd czuje się współodpowiedzialny za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, to nie można odpowiedzialnością za jego niedomagania obarczać lekarzy. Z kolei wiceprezes NRL Krzysztof Madej podkreślił, że lekarze są często ofiarą złego funkcjonowania systemu. – Urynkowiono usługi medyczne, ale nie ludzką pracę, dlatego reforma nie mogła się udać – powiedział.

Krystyna Rowecka-Trzebicka odniosła się do ogromnej roli, jaką od początku reaktywowania samorządu lekarskiego pełnili rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie, wspominając przy tym postać prof. Stanisława Leszczyńskiego, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej I i II kadencji, który tworzył struktury działania rzeczników po przejęciu tych zadań od administracji państwowej. ■

FOTO: DARIUSZ HANKIEWICZ, MARIUSZ TOMCZAK

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

# Okiem prezesów NRL

W odrodzonym samorządzie byli liderami w poszczególnych kadencjach, ale nie mieli łatwego życia. Z jakimi problemami musieli się mierzyć?

TADEUSZ CHRUŚCIEL

prezes NRL
I kadencji

**Choć jego kandydatura nie była planowana, na I Krajowym Zjeździe Lekarzy wybrano go prezesem NRL. Przeszedł do historii jako ten, który organizował struktury NIL, przejmując od administracji państwowej prowadzenie rejestru lekarzy, orzecznictwo oraz wydawanie prawa wykonywania zawodu. Postrzegał samorząd lekarski wieloaspektowo. W „Kronice Izb Lekarskich w Polsce" z lat 1945-2005 autorstwa Zygmunta Wiśniewskiego prezes Chruściel mówił: „Dotychczas lekarze działali jak samotne wyspy, izby mają za zadanie połączyć ich w działaniu".**

Angażował się w sprawy podnoszenia prestiżu zawodu lekarza. Podkreślał: „Od administracji państwowej przejęliśmy rejestrację i wydawanie prawa wykonywania zawodu nie w sposób mechaniczny, ale jakościowo inny niż dotychczas. Wydając je, będziemy sprawdzać nie tylko, czy lekarz posiada dyplom, ale czy odbył staż pod kierunkiem osób, do których izba ma zaufanie". Ten prestiż budował też przejęciem spraw związanych z orzecznictwem odpowiedzialności zawodowej, którymi dawniej zajmowali się urzędnicy. O sprawach płacowych lekarzy, którzy w tym czasie walczyli o podwyżki, mówił tak: „Jako samorząd bierzemy udział w negocjacjach płacowych i osiągnęliśmy sukces, uzyskując indeksację wynagrodzeń lekarzy do poziomu 100 proc. dochodu, ale nie dublujemy związku zawodowego, w rozmowach z rządem chcemy wnieść swój odrębny wkład i spojrzenie". ■

**Objąłem prezesurę w momencie głębokich przeobrażeń w lecznictwie, do których trzeba było stworzyć podstawy prawne. Samorząd lekarski brał udział w tym wielkim procesie legislacyjnym, a często był inicjatorem projektów, które później trafiały do parlamentarzystów. Miały one stanowić kanon prawa medycznego.** To był prawdziwy wysyp ustaw, zaczynając od ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, poprzez ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, prawo farmaceutyczne, ustawę transplantacyjną, prawo sanitarne... Wszystko to było tworzone z udziałem samorządu lekarskiego i moim osobistym. Nie zliczę spotkań z posłami, które odbyłem i toastów, które wówczas trzeba było wznieść za powodzenie naszych projektów. Mieliśmy w swoim gronie lekarzy legislatorów, którzy uważali, że ich misją jest tworzenie prawa medycznego i z pasją uczyli się tych nowych dla nich kompetencji. Nawet wśród prawników legislatorzy stanowią odrębną grupę wysoko cenionych specjalistów. Powiem nieskromnie, że udało mi się wówczas powołać najlepszy w historii zespół radców prawnych, jaki działał w samorządzie lekarskim, oraz przyciągnąć sojuszników, ekspertów pomagających nam, nierzadko bezinteresownie, w tym dziele legislacyjnym. W zespole NIL działało trzech byłych dyrektorów Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia (mecenasi: Gutkowski, Jańczak, Rudnicki), wykształciliśmy dwóch aplikantów, nie przymierzając, jak w dobrej kancelarii prawnej. Dolegliwością było uchwalenie w 1997 r. ustawy o kasach chorych z dwuletnim *vacatio legis*. Chociaż dookoła czuć było entuzjazm, od początku nie zgadzałem się z trybem wprowadzenia tej tzw. reformy, a czas dowiódł, że wyszło na moje. ■

KRZYSZTOF MADEJ

prezes NRL
II i III kadencji

**KONSTANTY RADZIWIŁŁ**

**prezes NRL**
**IV i V kadencji**

**Kiedy zaczynałem kadencję, borykaliśmy się z zadłużeniem szpitali, przekształceniem ZOZ-ów, falą protestów płacowych, zaproponowałem więc resortowi zdrowia wspólną z samorządem lekarskim debatę „okrągłego stołu zdrowia".** Choć nie przyniosła spektakularnych efektów, pokazała władzom, że lekarze mają wizję naprawiania systemu, są w tym merytoryczni i z ich zdaniem trzeba się liczyć. W samorządzie lekarskim jest dużo myślenia związkowego, a samorządność zawodowa wychodzi daleko poza ten punkt widzenia. Wyzwaniem było wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Gdy powołano kasy chorych, stało się jasne, że środków w systemie będzie jeszcze mniej (składka miała wynosić 11 proc., a ustalono ją na poziomie 7,75 proc.), co oznaczało dramatyczne cięcia. Wraz z przygotowywaniem się do wejścia do UE samorząd lekarski zaangażował się w proces dostosowania polskiego prawa medycznego do prawa unijnego (intensywnie w tym uczestniczyłem) i na tym polu nasz głos był znaczący. Ponieważ tłem tego były protesty lekarzy, to na nich w tym czasie skupiała się uwaga, a zapomniano o tym, że stworzyliśmy Centralny Rejestr Lekarzy, który był jednym z najnowocześniejszych rozwiązań tego rodzaju na świecie, znowelizowaliśmy Kodeks Etyki Lekarskiej, zorganizowaliśmy system pomocy lekarzom w potrzebie zdrowotnej, sprawiliśmy, że samorząd stał się instytucją doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, zapewnialiśmy im pomoc prawną i w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej. Zbudowaliśmy sprawnie działający system opiniowania projektów i decyzji dotyczących ochrony zdrowia, jak np. udział w powoływaniu konsultantów. ■

**MACIEJ HAMANKIEWICZ**

**prezes NRL**
**VI i VII kadencji**

**To był burzliwy czas. Ówczesny rząd, przygotowując reformę ochrony zdrowia, nie chciał ujawniać swoich zamiarów, do końca nie wiedzieliśmy więc, co nas czeka. Po wielu miesiącach tej niepewności pojawił się pakiet ustaw: m.in. o działalności leczniczej, ustawa refundacyjna, które w środowisku lekarzy wywołały wzburzenie.** Samorząd lekarski zabiegał o to, aby przybrały one ucywilizowany kształt, ponieważ pierwotne projekty były dalekie od rzeczywistych potrzeb zarówno lekarzy, jak i pacjentów. Równie istotne było nasze stanowisko dotyczące działania lekarza zgodnie z klauzulą sumienia. Na wieść, że Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy zaczyna debatować nad tą kwestią, przekazaliśmy w trybie pilnym polskie rozwiązania prawne na ręce europosłów. Uzyskanie poparcia naszego stanowiska w tej sprawie uważam za ogromy sukces. Podobnie jak skierowanie sprawy do Trybunału Konstytucyjnego i uzyskanie satysfakcjonującego dla lekarzy wyroku. Trybunał uznał, że leczenie zgodnie z sumieniem jest obowiązkiem lekarza, ale największą wartością było wielostronicowe uzasadnienie, które rozwiewa wszelkie wątpliwości na ten temat. Rozwijaliśmy działalność naukowo-szkoleniową za pośrednictwem Ośrodka Doskonalenia Zawodowego powołanego przy NIL, korzystając z pozyskanych przez samorząd środków unijnych i odważnie przeciwstawiliśmy się homeopatii, widząc, jak niektóre uczelnie wyższe, licząc na dodatkowe źródło dochodów, prowadziły podyplomowe studia w tej dziedzinie. Podjęliśmy działania na rzecz jawności testów dla zdających LEK i PES, przeorganizowaliśmy biuro, które stało się sprawnie działającym zapleczem dla komisji i zespołów przy NRL. ■

**ANDRZEJ MATYJA**

**prezes NRL**
**VIII kadencji**

**Żadnej władzy nie jest na rękę silny samorząd zawodowy, zwłaszcza w tak newralgicznej dziedzinie jak ochrona zdrowia. Ta kadencja przypada na czas, kiedy wiele się dzieje w tym zakresie i naprawa systemu jest naszym priorytetem.** Wiąże się z tym odbudowa zaufania i prestiżu zawodu lekarza i lekarza dentysty, ale żeby realizować te cele, musimy być partnerem władzy, a nie jej petentem, musimy także wspierać rezydentów w ich dążeniach do przeobrażeń w ochronie zdrowia zainicjowanych akcjami protestacyjnymi i przypieczętowanych działaniami legislacyjnymi na rzecz zmian w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Przygotowany przez nich projekt tych zmian świadczy o ogromnym zaangażowaniu w sprawy samorządowe młodego pokolenia lekarzy. W tej kadencji stawiamy także na wzmocnienie okręgowych izb lekarskich, głosu samorządu jako silnego reprezentanta środowiska i obrońcy jego interesów, współpracę i niwelowanie podziałów oraz poszanowanie różnic. Szczególnie na sercu leży mi integracja naszego środowiska, z którą dotychczas nie zawsze dobrze sobie radziliśmy. Możliwości naszych działań są takie, na jakie pozwalają nam przepisy prawa i musimy się jeszcze wiele nauczyć, jak nasze prawa egzekwować. Nie byłoby jednak współczesności bez tradycji i, tak jak powiedział marszałek Józef Piłsudski, „ten kto nie szanuje i nie ceni swej przeszłości, nie jest godzien szacunku teraźniejszości ani prawa do przyszłości". ■

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

# Saga lekarskiego protestu

W czasie, gdy odradzał się samorząd lekarski, służba zdrowia sięgała dna. Samorząd lekarski chciał mieć wpływ na kształt przeprowadzanych reform w ochronie zdrowia, jednak wciąż tkwiący w starych strukturach system niełatwo poddawał się zmianom.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Pierwsza masowa manifestacja uliczna, 1996 r.

Likwidacja ZOZ-ów, zadłużenie i restrukturyzacja szpitali, polegająca głównie na łączeniu placówek i cięciach kadrowych, odbijały się na warunkach pracy lekarzy oraz ich płacach. To były czasy, kiedy lekarze zarabiali żenująco marnie. Miała to zmienić nowelizacja ustawy o podatku wyrównawczym, ale nie poprawiła sytuacji bytowej lekarzy.

## PŁONNE NADZIEJE

Zwolnienie wynagrodzeń za dyżury od podatku wyrównawczego i uznanie ich za pracę w godzinach nadliczbowych nie satysfakcjonowało środowiska. Nie rozwiązywało codziennych problemów – w szpitalach brakowało strzykawek, igieł, podstawowego sprzętu, nie było szans na jakiekolwiek podwyżki. Wrzenie przybierało na sile, kraj ogarnęła fala protestów – uczestniczyli w nich nie tylko lekarze, ale też pielęgniarki i inni pracownicy służby zdrowia. 2 maja 1991 r. w Gorzowie Wielkopolskim doszło do pierwszego protestu, wkrótce dołączyły: Łódź, Zielona Góra, Wrocław, Poznań, Warszawa i przybywało kolejnych miejsc. Dr Bogdan Kaczmarek, ordynator Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Gorzowie Wielkopolskim, ówczesny prezes tamtejszej OIL i członek NRL, tak wspomina tamten czas: „Podejmowałem w życiu wiele trudnych decyzji, ale ta należała do najtrudniejszych. Ryzykowałem utratą twarzy przed OIL, groźbą niekontrolowanego protestu z nieobliczalnymi skutkami. Ale nie było wyjścia, stanęliśmy razem, obok siebie, zdesperowani i silni". Protestujący wybrali Komitet Protestacyjny, któremu dr Kaczmarek przewodniczył. Żądano m.in. zniesienia zapisu w Konstytucji o bezpłatnym leczeniu, przystąpienia do natychmiastowych prac nad ustawami o ubezpieczeniach, zakładach opieki zdrowotnej, odpłatności za leki, umożliwienia szpitalom działalności gospodarczej, zagwarantowania środków na terminowe wypłaty dla pracowników. Wkrótce te postulaty przejęli lekarze z całej Polski. 18 maja 1991 r. na nadzwyczajnym posiedzeniu NRL podjęła decyzję o poparciu akcji protestacyjnej lekarzy, która organizacyjnie została scalona przez NSZZ „Solidarność", z apelem do władz o korektę budżetu, zapewnienie środków na normalne funkcjonowanie placówek,

Białe miasteczko, 2007 r.

> **Lekarzom zarzucano, że wdają się w politykę, że chodzi im wyłącznie o pieniądze, a idee przyświecające protestowi stale umniejszano i spychano na margines.**

rozłożenie ciężaru leczenia ze wskazaniem na lekarza rodzinnego. Na pierwsze miejsce wysuwało się finansowanie placówek i organizacja świadczeń medycznych, sprawy płacowe znalazły się w cieniu potrzeb lecznictwa, ale wobec pogarszającej się sytuacji ekonomicznej lekarzy na Nadzwyczajnym II Krajowym Zjeździe Lekarzy wystąpiono z apelem skierowanym do rządzących o waloryzację płac. Nie było reakcji.

## GŁODÓWKA

3 grudnia 1994 r. 4 pracowników służby zdrowia zrzeszonych w NSSZ „Solidarność" rozpoczęło głodówkę na znak protestu przeciwko ustawie budżetowej na 1995 r. Protest poparły izby okręgowe oraz Naczelna Rada Lekarska. Lekarze dostrzegli, że na służbę zdrowia znów przeznaczono zatrważająco mało środków. Protestujący domagali się kompleksowego programu reformy ubezpieczeń zdrowotnych i socjalnych. Wobec braku odpowiedzi rządzących, protest zaczął obejmować kolejne szpitale. 18 grudnia 1994 r. w Warszawie do protestu głodowego przystąpiło 13 pracowników służby zdrowia (lekarze, pielęgniarki, sanitariusze). Mimo dramaturgii formy tego protestu rząd długo nie podejmował negocjacji ze strajkującymi. Dopiero po 30 dniach doszło do rozmów, po których zobowiązano się, że w 1995 r. płace pracowników sfery budżetowej będą o 6 proc. wyższe od określonego wskaźnika średniorocznego wzrostu cen towarów i usług, co oznaczało zahamowanie spadku płac realnych. Ale to były rozwiązania połowiczne.

W lutym 1995 r. złożono wniosek o wyodrębnienie zawodu lekarza z ogólnej siatki płac służby zdrowia, a także do czasu wprowadzenia zmian systemowych, o podpisanie układu zbiorowego pracy, odrębnego dla zawodu lekarza. Przeszło to bez echa.

Wobec kolejnych budżetowych cięć i niedotrzymywania obietnic płacowych przez rządzących 19 kwietnia 1996 r. lekarze znów zagrozili protestem i postawili wotum nieufności dla rządu. W liczbie kilku tysięcy przeszli ulicami Warszawy, by wyrazić swoje rozgoryczenie. Brak reakcji skłonił ich do podjęcia kolejnego protestu, w którym m.in. przy wystawianiu druków L4 nie wpisywali numeru statystycznego choroby. 15 kwietnia 1997 r. w Brodnicy 7 anestezjologów rozpoczęło głodówkę, domagając się podwyżki płac, zainstalowania nowoczesnej aparatury w salach operacyjnych, zorganizowania w ich szpitalu sali pooperacyjnej. W tym czasie

Manifestacja uliczna lekarzy, 1997 r.

FOTO: ARCHIWUM „GL", MAREK STANKIEWICZ

Była też manifestacja Porozumienia Zawodów Medycznych, 2016 r.

w strajku ostrzegawczym wzięło udział 100 lekarzy ze szpitala wojewódzkiego w Szczecinie. Ich działania poparli anestezjolodzy z MSWiA. We wrześniu 1998 r. protesty zawieszono. Co uzyskano? Niewiele, ale znowelizowano ustawę o zakładach opieki zdrowotnej w części dotyczącej czasu pracy, na mocy której za dyżury zaczęto płacić oddzielnie. Wynagrodzenie za godzinę dyżuru ustalono na minimum 130 proc. stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, w godzinach nocnych – 165 proc., a w niedziele i święta – 200 proc. To już było coś, jednak nie zakończyło protestów.

19 czerwca 2007 r. ulicami Warszawy od Pl. Zamkowego pod kancelarię premiera w Al. Ujazdowskich przeszli lekarze i pielęgniarki. Ten „biały marsz" był protestem przeciwko niskim płacom i zapaści w lecznictwie. Gdy premier nie chciał rozmawiać z protestującymi, po drugiej stronie ulicy spontanicznie powstało „białe miasteczko", gdzie protestowały pielęgniarki i, grzechocząc wypełnionymi bilonem plastikowymi butelkami po napojach, manifestowały swoje niezadowolenie. Zdesperowani brakiem postępów w rozmowach lekarze uciekli się wówczas do ostatecznej formy protestu – głodówek w miejscu pracy. Z tego powodu doszło do ewakuacji chorych z warszawskiego szpitala ortopedycznego przy ul Barskiej. Tymi protestami żyła wówczas cała Polska.

1 stycznia 2012 r. lekarze w całym kraju rozpoczęli protest pieczątkowy, sprzeciwiając się przepisom ustawy refundacyjnej przewidującym, że w przypadku błędnie wypisanej recepty będą zobowiązani do zwrotu kwoty nienależnej refundacji wraz z odsetkami.

## REZYDENCI

Od 2 października 2017 r. w ośmiu miastach Polski w sumie około 200 osób prowadziło głodówkę. Domagali się zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do 6,8 proc. PKB i podwyżek płac. Później zdecydowali się na wypowiadanie klauzuli opt-out, czyli umowy, w której lekarz zgadza się na wydłużenie czasu pracy ponad normę. Mimo dramatycznego przebiegu długo nie mogli przebić się do władz ze swoimi postulatami. Jarosław Biliński, ówczesny prezes Porozumienia Rezydentów OZZL, powiedział wówczas, że rezydentom zarzucano, że wdali się w politykę, że chodzi im wyłącznie o pieniądze, a idee przyświecające protestowi próbowano umniejszać i spychać na margines. Kiedy 8 lutego 2018 r. doszło do spotkania z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim i podpisania porozumienia, wydawało się, że sprawa jest zamknięta. Jak pokazała przyszłość, nie jest. Wytykają resortowi zdrowia, że w 67 szpitalach wciąż nie zostały wypłacone uzgodnione podwyżki i że nadal nie ma w systemie obiecanych sekretarek medycznych. Minister zapewnia, że większość postulatów wynikających z porozumienia została zrealizowana, m.in. wzrosło finansowanie publicznego sektora ochrony zdrowia oraz wynagrodzenia zasadnicze lekarzy odbywających szkolenia specjalizacyjne w trybie rezydenckim, a także przyznano lekarzom specjalistom zatrudnionym na podstawie stosunku pracy wynagrodzenie zasadnicze w kwocie nie mniejszej niż 6750 zł brutto. Resort przydzielił także rezydentom dodatkowe środki finansowe w zamian za odpracowanie w Polsce dwóch z pięciu lat po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego. Młodzi lekarze są rozgoryczeni postępami w realizacji porozumienia, mówią wręcz że minister Szumowski ich oszukał. ■

## KOMENTARZ

**STANISŁAW WENCELIS**

współtwórca Kodeksu Etyki Lekarskiej

Art. 73 KEL dopuszcza udział lekarza w zorganizowanej formie protestu, ale zaznacza, że nie zwalnia go to z obowiązku udzielania pomocy lekarskiej. Strajk w ścisłym tego słowa znaczeniu, który wiąże się z zaprzestaniem pracy, a więc odejściem od łóżka chorego, jest w przypadku lekarza niedopuszczalny. Podobnie jak protestowanie poprzez korzystanie z fikcyjnego zwolnienia lekarskiego. Etycznie dozwolone jest natomiast zbiorowe wypowiedzenie umów o pracę przez lekarzy jako wyraz sprzeciwu wobec narzucanych przez pracodawcę warunków pracy i płacy. Po upływie okresu wypowiedzenia lekarz przestaje być pracownikiem, nie ma więc obowiązku sprawowania opieki nad pacjentem i już nie ponosi za niego odpowiedzialności. Kodeksu Etyki Lekarskiej nie naruszają również formy protestu związane z odmową prowadzenia dokumentacji medycznej, ale tylko takiej, która nie ma bezpośredniego wpływu na leczenie pacjenta.

Lekarz, jak każdy obywatel, ma prawo do protestu. ■

FOTO: MARTA JAKUBIAK

REKLAMA

# Jak zakończy się ta walka?

**Przez ostatnie tygodnie trwały intensywne przygotowania do zaplanowanej na 1 czerwca w Warszawie manifestacji organizowanej przez Zarząd Krajowy OZZL i Porozumienie Rezydentów OZZL. Miała ona dwa główne cele: zwrócić uwagę na zbyt niskie finansowanie ochrony zdrowia i zbyt opieszałą realizację postanowień porozumienia zawartego pomiędzy rezydentami i stroną rządową. To kolejny etap walki o lepszą rzeczywistość z puntu widzenia nie tylko lekarzy, ale przede wszystkim pacjentów.** – Wychodzimy na ulicę, ponieważ straciliśmy wiarę, że porozumienie podpisane z ministrem zdrowia w lutym 2018 r. przyniesie nowe otwarcie w ochronie zdrowia. Wszystko wskazuje, że to było cyniczne oszustwo – mówi Jarosław Biliński, wiceprezes ORL w Warszawie, a jednocześnie jeden z liderów Porozumienia Rezydentów. „Nie możemy być cicho, gdy oszukuje się pacjentów na 10 mld zł, stosując kreatywną księgowość" – tłumaczyli organizatorzy, nawiązując do tego, że współczynnik PKB na 2019 r. liczony jest według stanu na 2017 r., co oznacza znacznie mniejsze nakłady na zdrowie od tych, których wszyscy spodziewali się po wejściu w życie tzw. ustawy 6 procent. Jak podkreślają, postulat pozostaje niezmienny: 6,8 proc. PKB na zdrowie. O udział w manifestacji i poparcie innych działań protestacyjnych przez wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów apelowało Prezydium NRL, podkreślając w podjętym stanowisku, że z dezaprobatą przyjmuje niewywiązanie się ministra zdrowia z przyjętych zobowiązań wobec środowiska lekarskiego, szczególnie w zakresie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia. Organizatorzy od początku zapraszali do uczestnictwa w proteście wszystkich, którym zależy na poprawie funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce. – To protest z myślą o pacjentach, bo całe środowisko lekarskie zdało sobie sprawę, że jeśli w systemie pacjentowi będzie dobrze, to tym, którzy pracują w ochronie zdrowia, też się polepszy – dodaje dr Biliński. W grudniu zakończył prace zespół powołany zarządzeniem ministra zdrowia w efekcie porozumienia zawartego między nim i PR OZZL. Na jego czele stał Jarosław Biliński. Zespół opracował projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz innych ustaw i rozporządzeń, zawierający plan reformy szkolenia podyplomowego i prawa pracy. – To, że projekt utknął w ministerstwie, jak i zapowiedź tego, że ma się w nim znaleźć wiele zmian, był jednym z zapalników protestu organizowanego 1 czerwca – dodaje.

MT

FOTO: MARTA JAKUBIAK

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

# Wspierają ideę asystenta lekarza

ORL w Katowicach podjęła stanowisko, w którym popiera utworzenie zawodu asystenta lekarza. Inicjatywa zrodziła się w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu – pomysłodawcą przeniesienia na grunt polski zawodu, który z powodzeniem funkcjonuje już w wielu krajach na świecie, jest doc. Michał Zembala (szerzej na ten temat na s. 42).

**“ ŚIL chce w przyszłości zajmować się prowadzeniem rejestru asystentów na podobieństwo rejestru lekarzy i lekarzy dentystów.**

– Wydaje się koniecznością stworzenie nowego zawodu – asystenta lekarza. Istotnym jest przygotowanie programu edukacyjnego, umożliwiającego pozyskanie niezbędnych podstaw wiedzy medycznej, dokładnego programu kształcenia podyplomowego oraz stworzenie katalogu procedur i czynności medycznych, które będą leżały w kompetencji asystentów. ŚIL chce współuczestniczyć w określaniu wymienionych założeń, a w przyszłości zajmować się prowadzeniem rejestru asystentów na podobieństwo rejestru lekarzy i lekarzy dentystów oraz uczestniczyć czynnie w kreowaniu i prowadzeniu szkolenia podyplomowego – mówi Tadeusz Urban, prezes ORL w Katowicach. ■

gazetalekarska.pl

# **Park** im. Lesława Węgrzynowskiego

**Od 14 maja jeden z wrocławskich parków nosi imię Lesława Węgrzynowskiego. Uchwałę w tej sprawie przyjęła Rada Miejska Wrocławia.** Inicjatorami godnego upamiętnienia dra Węgrzynowskiego są bracia Zbigniew i Krzysztof Kopocińscy, wspierani przez Wojskową Izbę Lekarską. Uroczystość nadania imienia parkowi odbyła się zgodnie z ceremoniałem wojskowym, wzięli w niej udział m.in. prezes WIL Artur Płachta, wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz i dziekan Wydziału Wojskowo-Lekarskiego UM w Łodzi prof. Jurek Olszewski.

Mjr dr Lesław Węgrzynowski (1885-1956) to lekarz, oficer Wojska Polskiego, szef sanitarny Naczelnej Komendy Obrony Lwowa w 1918 r., żołnierz Armii Krajowej i Naczelny Lekarz I Obwodu Śródmieście w czasie Powstania Warszawskiego. Po wojnie zajął się zwalczaniem gruźlicy. Odznaczony i wyróżniony m.in. Krzyżem Niepodległości, Krzyżem Walecznych, Złotym Krzyżem Zasługi oraz Krzyżem Obrony Lwowa. ■

# **Lekarzom** w 100-lecie Powstania Wielkopolskiego

W Ostrowie Wielkopolskim, dzięki staraniom tamtejszej delegatury Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, dokonano uroczystego odsłonięcia tablicy pamiątkowej „W Stulecie Powstania Wielkopolskiego w Hołdzie Lekarzom Niosącym Pomoc Walczącym na Froncie Południowym i Związanym z Regionem 1918-19”. Dla jednego z lekarzy WIL była to chwila wyjątkowa. Mowa o Jerzym Mikołajczyku, którego ojciec, Tomasz Mikołajczyk, brał udział w walkach i którego nazwisko widnieje na tablicy pamiątkowej. ■

Źródło: strony internetowe i biuletyny okręgowych izb lekarskich FOTO: Anna Grzesiak, DIL, WIL

# **Integracja samorządów** zawodów zaufania publicznego

Lekarze, pielęgniarki, farmaceuci i weterynarze z Dolnego Śląska w ważnych sprawach będą mówić jednym głosem. Przedstawiciele samorządów reprezentujący te zawody podpisali deklarację założycielską, powołującą do życia Dolnośląskie Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Porozumienie podpisano w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Sygnatariusze podkreślają, że nowo powstałe ciało ma charakter merytoryczno-doradczy i będzie apolityczne. ■

# **Ogólnopolskie RODO** w Poznaniu

130 uczestników spotkało się w Poznaniu na zorganizowanych wspólnie przez Wielkopolską i Beskidzką Izbę Lekarską dwóch konferencjach poświęconych tematowi RODO. Wykładowcami byli wybitni eksperci ze środowiska prawniczego, a także inspektorzy ochrony danych osobowych z OIL: Beskidzkiej IL, Lubelskiej IL, OIL w Warszawie, Wielkopolskiej IL. Wśród słuchaczy byli inspektorzy z Naczelnej Izby Lekarskiej oraz z 14 izb okręgowych. ■

# **Zrozumieć** kolegę lekarza

Komisja ds. Lecznictwa Otwartego Lubelskiej Izby Lekarskiej organizuje cykl spotkań, które mają polepszyć komunikację między lekarzami z różnych obszarów systemu ochrony zdrowia. Jak informuje majowy „Medicus", dwa spotkania już się odbyły. W pierwszym o wzajemnych relacjach rozmawiali lekarze POZ i SOR, a podczas drugiego spotkania – POZ i AOS. ■

# **Izba** w smartfonie

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie pracuje nad utworzeniem aplikacji Moja Izba na urządzenia mobilne. Dzięki niej kontakt lekarzy z izbą ma być lepszy. Pomysłodawcą jej utworzenia jest wiceprezes ORL Robert Szczepara. Znane są już ogólne założenia projektu – za pomocą aplikacji będzie można m.in. uzyskać informacje o dostępnych kursach i szkoleniach oraz zapisać się na nie, przejrzeć oferty pracy, przeczytać o najnowszych wydarzeniach związanych z bieżącą działalnością izby. Będzie także dostępna opcja uruchomienia alertu dla wybranych grup lekarzy. ■

# **Debata o kształceniu** młodych lekarzy

Zbliża się XXVIII Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy „Kształcenie młodych lekarzy – ewolucja zamiast rewolucji". Spotkanie odbędzie się w Olsztynie w dniach 7-9 czerwca, organizatorem jest Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska. ■

# **Nowa siedziba** dla słupskiej delegatury

Podczas ostatniego okręgowego zjazdu lekarzy OIL w Gdańsku podjęto decyzję w sprawie nowej siedziby dla delegatury w Słupsku. W przyjętej uchwale upoważniono ORL w Gdańsku do wyboru i kupna nieruchomości, przeznaczając na ten cel 1,5 mln zł. Trwają też prace nad realizacją głównej inwestycji bieżącej i ubiegłej kadencji gdańskiej izby. Mowa o budowie ośrodka szkoleniowo-noclegowego, który miałby powstać na sąsiadującej z siedzibą izby działce. OZL zgodził się upoważnić radę do przeznaczenia na ten cel do 10 mln zł, a także zaciągnąć zobowiązanie finansowe do 12 mln zł. ■

# **Stop hejtowi** w internecie

Kiedy widzisz, że są przekraczane granice prawa, REAGUJ!" – zachęca Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie na swoim profilu na Facebooku. Chodzi o reagowanie na tzw. hejt w internecie, dotyczący wpisów zawierających informacje nierzetelne i szkalujące dobre imię lekarzy. Izba stworzyła zespół szybkiego reagowania w takich przypadkach – zgłoszenia są przyjmowane pod adresem: hejt@oilwaw.org.pl. ■

Źródło: strony internetowe i biuletyny okręgowych izb lekarskich FOTO: Medium, OIL w Warszawie

# LEKARZE W SZPITALACH OGÓLNYCH

**POLSKA**
spośród **91679** lekarzy **50888** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **15030** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**ZACHODNIOPOMORSKIE**
spośród **3639** lekarzy **2707** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **1271** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

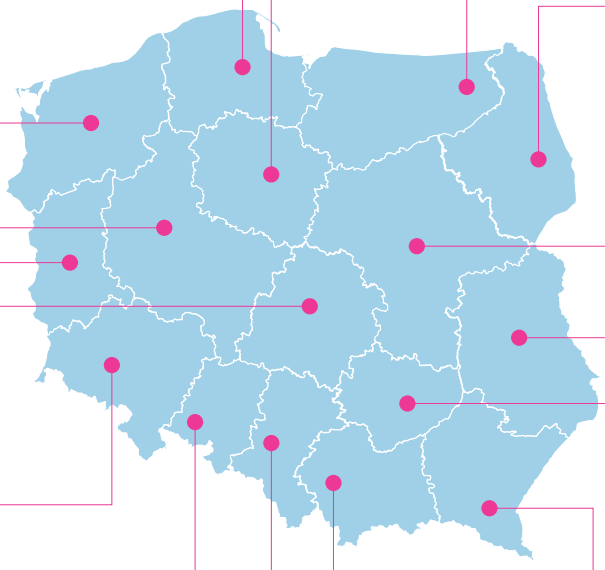
**POMORSKIE**
spośród **4869** lekarzy **3241** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **1340** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**KUJAWSKO-POMORSKIE**
spośród **4316** lekarzy **3114** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **1566** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**WARMIŃSKO-MAZURSKIE**
spośród **2790** lekarzy **2161** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **963** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**WIELKOPOLSKIE**
spośród **7806** lekarzy **5332** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **1750** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**PODLASKIE**
spośród **2867** lekarzy **1455** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **494** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)



**LUBUSKIE**
spośród **1866** lekarzy **1473** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **707** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**MAZOWIECKIE**
spośród **16039** lekarzy **8086** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **1378** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**ŁÓDZKIE**
spośród **7033** lekarzy **3442** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **845** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**LUBELSKIE**
spośród **5744** lekarzy **2336** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **467** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**DOLNOŚLĄSKIE**
spośród **6608** lekarzy **3500** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **880** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

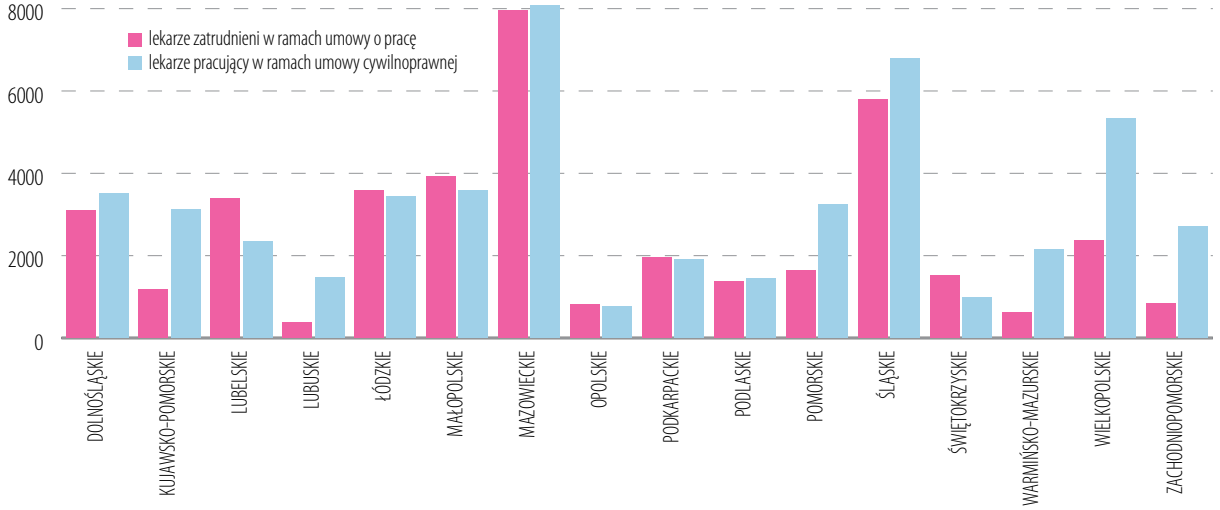
**ŚWIĘTOKRZYSKIE**
spośród **2535** lekarzy **989** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **184** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**OPOLSKIE**
spośród **1585** lekarzy **777** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **286** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**ŚLĄSKIE**
spośród **12621** lekarzy **6801** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **1448** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**MAŁOPOLSKIE**
spośród **7498** lekarzy **3578** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **959** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)

**PODKARPACKIE**
spośród **3863** lekarzy **1896** pracuje w ramach umów cywilnoprawnych (w tym **492** w wymiarze nie mniejszym niż pełen etat)




Dane: CSIOZ, stan na 31.12.2017

MARIUSZ TOMCZAK

dziennikarz

WARUNKI PRACY

# Zniewolenie?

Praca lekarza na kontrakcie wzbudza skrajne emocje. Dla jednych to większa swoboda i okazja do zarobienia większych pieniędzy, dla innych tymczasowość i zagrożenie dla pacjentów. Kto ma rację?

M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

**Kilka lat temu prof. Guy Standing zdefiniował zjawisko prekariatu odnoszące się do osób zatrudnionych na podstawie elastycznych form zatrudnienia i pozbawionych elementarnych gwarancji z tego tytułu. Słowo „prekariusz" powstało z połączenia dwóch wyrazów: „precarious" (ang. niepewny) i „proletariat" (łac. proletarius). Wśród cech charakteryzujących prekariat są m.in. brak stabilności zatrudnienia i tożsamości zawodowej, wykonywanie pracy poniżej posiadanego poziomu wykształcenia, konieczność pracy także poza „normalnymi" godzinami aktywności zawodowej, brak lub utrudniony dostęp do świadczeń chorobowych czy emerytury.**

Jak mówi członek NRL Mieczysław Dziedzic, lekarz na kontrakcie staje się wolnym prekariuszem, co niekorzystnie wpływa na niego samego, jak i na osoby, którym ma pomagać. Lekarz na kontrakcie nie ma „swoich pacjentów", bo zatraca się szczególna relacja łącząca go z chorymi, nie ma „swojej przychodni" czy „swojego szpitala", bo w pracy – zdaniem dr. Mieczysława Dziedzica – pojawia się nie tyle, by leczyć, lecz by wypełnić warunki zapisane w kontrakcie. – Załóżmy, że pacjent w trybie natychmiastowym musi być poddany torakotomii. Prekariusz za pół godziny kończy swój dyżur, więc mówi, że nie może stać trzy godziny przy zabiegu. Ordynator czeka na następnego – podkreśla. Zdaniem dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim Krystyny Płukis, praca lekarza na kontrakcie może trochę negatywnie wpływać na opiekę nad pacjentem. – Lekarz z zewnątrz nie jest w stanie zapoznać się ze wszystkimi procedurami, w tym akredytacyjnymi, nie uczestniczy w wielu ważnych zdarzeniach, do jakich dochodzi w szpitalu, ani w ich omawianiu. Nie zna szpitala z taką dokładnością co pracownik etatowy. Sytuacja jest inna, gdy w placówce dyżuruje długoletni pracownik kontraktowy. Niestety zdarza się, że kogoś interesuje tylko stawka i w ogóle nie pyta o zakres obowiązków – mówi.

## NAJEMNIK CZY FACHOWIEC?

Z takimi poglądami nie zgadza się prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych Andrzej Sokołowski. – Mówienie, że praca kontraktowa jest niebezpieczna dla pacjentów, to bzdura. To organizacja pracy w danej jednostce może być niebezpieczna – podkreśla. Zdaniem prezesa OSSN z kontraktami i etatami jest podobnie jak z kaloszami i sandałami, jedno i drugie służy czemu innemu, lepiej sprawdzając się w odmiennych okolicznościach. – Jeśli tworzy się system zakładający obecność w placówce tylko lekarzy kontraktowych, to rzeczywiście pacjentem nikt się nie zajmuje. W małym szpitalu nie musi być specjalisty od tętniaków mózgu, ale czasem na sali operacyjnej można wykonać taki zabieg, ściągając lekarza kontraktowego. Nie mylmy bałaganu z zasadą pracy kontraktowej – apeluje. Podobne zdanie zdaje się mieć osoba o największej władzy w zakresie ochrony zdrowia od niemal 1,5 roku. Minister zdrowia Łukasz Szumowski uważa, że kontraktów nie należy potępiać w czambuł, bo diabeł tkwi w szczegółach. W kontrakcie sformułowane są obowiązki lekarza i od tych zapisów zależy, czy mogą one zwrócić się przeciwko lekarzom i poniekąd również pacjentom, czy nie. Zdaniem ministra zdrowia

kontrakty nie muszą sprzyjać przepracowaniu, ale zdania na ten temat są podzielone. Z ministrem nie zgadza się m.in. ekspert ds. ochrony zdrowia dr Adam Kozierkiewicz. – Kontrakt sprzyja przepracowaniu zwłaszcza wtedy, gdy jest podpisywany na określone czynności poprzez niedoszacowanie liczby godzin potrzebnych do ich wykonania. Niektóre kontrakty, np. na zabiegi zaćmy, określają wykonanie konkretnej liczby świadczeń medycznych – mówi. Gdy lekarz jest zatrudniony w oparciu o umowę o pracę, to jego przełożony ma pewną kontrolę nad czasem pracy, ale jeśli pracuje na kontrakcie, to nie wiadomo, od ilu godzin wykonuje obowiązki i u kogo dorabia. – Lekarz kontraktowy pracuje jak „najemnik", który jest zainteresowany wyłącznie wykonaniem określonego zadania – uważa prorektor ds. klinicznych UM w Białymstoku prof. Janusz Dzięcioł. Jak mówi wiceprezes Kujawsko-Pomorskiej OIL Sławomir Badurek, z punktu widzenia budowania relacji z placówką o wiele większe znaczenie od formy zatrudnienia ma liczba przepracowanych godzin. Przyznaje, że w obliczu braków kadrowych coraz więcej lekarzy decyduje się na pracę na kontrakcie, pełniąc wyłącznie pojedyncze dyżury tam, gdzie bez ich pomocy trzeba byłoby zamknąć oddział. – To łowienie finansowych okazji i oczywiście nie ma mowy o budowaniu mocnych relacji z jednym pracodawcą – dodaje. Sam jest wieloletnim „kontraktowcem".

## Długi rosną…

W dyskusji nad wyższością kontraktów nad etatami często pada argument, że rezygnacja z etatu generuje spore oszczędności, bo dla szpitala lekarz pracujący na kontrakcie jest tańszy. Poddaje to w wątpliwość m.in. analiza sytuacji szpitali kontrolowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli. W ocenie NIK kontrakty podpisywane z lekarzami nie decydują o kondycji finansowej szpitala, a wśród zadłużonych placówek są zarówno te, które je zawierały, jak i te, które zatrudniały personel na umowach o pracę. Bywa, że to właśnie kontrakty zaciskają pętlę na szyi dyrekcji, np. wtedy, kiedy oprócz stawek godzinowych personel otrzymuje procentową prowizję za wykonane świadczenia. Czasami wypłaca się je nawet całej kadrze lekarskiej na wybranych oddziałach. „Wysokość prowizji dla lekarzy i personelu medycznego zależała od wyceny procedury przez NFZ oraz podaży specjalistów w danej dziedzinie. (…) To w praktyce swoista prywatyzacja kontraktów z NFZ (…). W takich przypadkach wykonywanie nawet wysoko wycenionych procedur nie gwarantowało osiągnięcia zysku, który kompensowałby straty ponoszone na świadczeniach nisko wycenionych" – tak brzmią wnioski NIK z jednej z kontroli. Znane są przypadki szpitali, w których kontraktów nie stosowano w ogóle, ale sytuację finansową udało się poprawić dzięki konsekwentnym działaniom restrukturyzacyjnym.

### ZMOWA MILCZENIA

Od dawna nie jest tajemnicą, że są placówki, w których etatowych lekarzy ze świecą szukać, a gdyby nie „kontraktowcy", nie spięto by tam grafików. W tych najmniejszych to żaden sekret, bo często dojeżdżają do nich medycy z dość odległych miast. – W moim szpitalu w zasadzie wszyscy lekarze pracują na kontraktach – przyznaje dyrektor Szpitala Powiatowego w Zambrowie Bogusław Dębski. Najwięksi gracze na rynku niechętnie chwalą się zatrudnianiem lekarzy kontraktowych. Znamienny jest brak odpowiedzi na pytania wysłane do rzeczników prasowych i osób odpowiedzialnych za kontakty z mediami, kiedy prosi się ich o podanie takich danych. Zwykle, gdy proszę o udzielenie informacji na jakiś temat, po kilku godzinach dostaję pełnego uprzejmości e-maila z podziękowaniem za kontakt i zapewnieniem, że odpowiedź zostanie udzielona. I ta odpowiedź przychodzi. Kiedy do prywatnych sieci opierających model biznesowy na umowach cywilnoprawnych wysłałem pytania o to, czy etat stanowi preferowaną formę zatrudnienia wśród pracujących u nich lekarzy oraz ilu spośród nich pracuje na kontraktach, musiałem sam po kilku dniach pytać, czy w ogóle moje e-maile dotarły. Dokładnych danych podać nie chciano. – W nowoczesnych demokracjach oszczędności generuje się, dbając o czas pracy lekarzy. Specjaliście płaci się tam hojnie, ale też zakłada mu się obrożę, aby go mieć w zasięgu łańcucha do załatwienia tylko i wyłącznie ciężkich przypadków oraz szkolenia młodszych lekarzy. On nie robi nikomu łaski, że uczy swoich następców. Nikt mu nie każe siedzieć cięgiem po nocach w szpitalu, kiedy można go zastąpić tańszym, ale stale doskonalonym personelem średnim. Aby co miesiąc jego konto bankowe systematycznie puchło, przykłada się starannie do swojej roboty, a nie szuka miodu w prywatnej praktyce, zostawiając w głębokim poważaniu lekarską młodzież w macierzystym szpitalu – komentuje wieloletni członek NRL Marek Stankiewicz. Na to, że w dobie „medycyny kontraktowej" przestaje istnieć relacja mistrz-uczeń, przyczyniająca się całe dekady do rozwoju medycyny, ze smutkiem zwraca uwagę wielu lekarzy. Trudno odmówić racji tym argumentom, bo gdyby każdy dorastający człowiek zaczynał od próby wynalezienia koła, to jako społeczeństwo pewnie dalej mieszkalibyśmy w jaskiniach. Kiedy między lekarzem o wieloletnim stażu i tym młodym, zdobywającym dopiero doświadczenie zawodowe, nie ma podległości służbowej ani fachowej, trudniej o rozwój. – Wracamy do początku swojego zawodu, gdzie każdy się uczy na własnych błędach. Jak zwrócić uwagę młodej, dopiero szkolącej się koleżance, że powinna zrobić coś inaczej, lepiej? – zastanawia się dr Mieczysław Dziedzic. Pytam, czy ta sytuacja cofa medycynę do XIX w. – Chyba nawet wcześniej – odpowiada.

### CZYM PRZYCIĄGA KONTRAKT?

Oczywiście po drugiej stronie są odmienne opinie, że starsi lekarze mogą blokować rozwój tym najmłodszym, nie pozwalając im

całymi latami na wybicie się na zawodową niezależność. Feudalne relacje, z czym ma się do czynienia w niektórych placówkach, nie są dla nikogo tajemnicą, w kuluarach słyszy się wiele takich opowieści. Ten feudalizm bez wątpienia niektórych lekarzy popycha w kierunku kontraktów, bo poza etatem – jak deklarują – czują zdecydowanie większą autonomię i łatwiej im rozwinąć skrzydła. – „Etatowiec" może czuć się wolny, bo ma poczucie, że jak zwichnie nogę, to może iść na zwolnienie, a nie człapać o kulach do pracy, jak to ma często miejsce w przypadku zatrudnionych na kontraktach – mówi dr Sławomir Badurek, dodając, że „kontraktowcy", dzięki pracy w różnych miejscach, mają poczucie większej niezależności. – Nie trzeba zdawać się na kaprysy jednego szefa czy dyrektora – podkreśla. Wielu lekarzy ucieka na kontrakt z powodu składek ZUS-owskich. Dyskusja o tym, co jest lepsze, etat czy kontrakt, toczy się od wielu lat. – To tak, jakby pytać o urodę kobiety, która jest najładniejsza – mówi prezes Andrzej Sokołowski, dodając, że wbrew podnoszonym obawom o zmierzanie w kierunku „medycyny kontraktowej" za 20 czy 30 lat lekarze etatowi nie znikną ze szpitali ani na zachodzie Europy, ani w Polsce. – Nie wyobrażam sobie szpitala, w którym wszyscy lekarze przychodzą, oglądają pacjenta i wychodzą lub prywatnej placówki, w której jest 3-4 wszystko wiedzących lekarzy – mówi prezes OSSN. Czy w przyszłości jest możliwa sytuacja, że wszyscy lekarze przejdą na kontrakty? – Nie, taka sytuacja przy obecnym stanie prawnym jest niemożliwa – mówi dyrektor Szpitala Bielańskiego w Warszawie Dorota Gałczyńska-Zych, dodając, że atrakcyjność kontraktów zmniejszyła się. – Lekarze chcą krócej pracować, za większe pieniądze i na etacie. W sytuacjach braków kadrowych w niektórych podstawowych specjalnościach bardzo wysokie stawki przestały być „kuszące" – dodaje. W ubiegłym roku dla części lekarzy umowy cywilnoprawne stały się niezbyt opłacalne. Wynagrodzenie lekarza specjalisty zatrudnionego na etacie wzrosło do 6750 zł (brutto) pod warunkiem, że – mówiąc w uproszczeniu – zdecyduje się na pracę tylko u jednego pracodawcy. Dla części lekarzy te podwyżki nie były symboliczne, a utrata przywilejów związanych z etatowym zatrudnieniem skutecznie zniechęciła ich do opierania zawodowej przyszłości wyłącznie o kontrakt. ■

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

## Co po wyborach?

**– Nie demonizowałbym tych umów – w ten sposób minister zdrowia Łukasz Szumowski odpowiedział na moje pytanie, jak ocenia dość rozpowszechniony model zatrudnienia lekarzy na kontraktach. Okazją do rozmowy była obecność na majowej konferencji towarzyszącej obchodom 30. rocznicy uchwalenia ustawy o izbach lekarskich. Ministra zapytałem również o to, czy praca kontraktowa sprzyja przepracowaniu lekarza. – Nie można na to jednoznacznie odpowiedzieć. Są kontrakty zakładające małą ilość godzin, np. tylko 60 miesięcznie. Znam takie – usłyszałem w odpowiedzi. Resort nie ma zakusów, aby dokonać radykalnych zmian na rynku pracy w tym względzie. – Ministerstwo Zdrowia nie ingeruje w umowy cywilnoprawne między wolnymi ludźmi. Nie chcemy nikogo ograniczać w wolności gospodarczej, byłoby to zbyt radykalne i nie spotkałoby się z akceptacją ludzi ceniących sobie wolność – podkreślił szef resortu zdrowia. Za kilka miesięcy czekają nas wybory parlamentarne. Nie wiadomo, czy w nowym powyborczym rozdaniu teki ministra nie obejmie ktoś inny, nawet gdyby obecny obóz polityczny pozostał u władzy. Wydaje się, że minister Łukasz Szumowski z własnej woli nie podniesie ręki na „kontraktowców", ale nie wiadomo, co mogą zrobić jego następcy. Przypadki śmierci lekarza związane z – jak się wydaje – wielogodzinną, czasem 2-3-dniową, pozaetatową pracą – zawsze szokują, przy okazji zgonu pacjenta jak bumerang wraca dyskusja o przemęczeniu lekarzy i pojawiają się postulaty uregulowania pozaetatowej zasady ich pracy. Każda władza, niezależnie od barw partyjnych, potrafi podejmować szybkie i radykalne decyzje pod wpływem oburzenia opinii publicznej nakręcanego spiralą medialną. Zmiany mogłyby uderzyć w szpitale prywatne. Ich struktura formy zatrudnienia różni się od placówek publicznych, a od lat dla wielu lekarzy praca w sektorze prywatnym stanowi dodatkowe wynagrodzenie. Już w 2015 r. podmioty zrzeszone w Ogólnopolskim Stowarzyszeniu Szpitali Niepublicznych zatrudniają ok. 6,6 tys. lekarzy (tj. ok. 8 proc. lekarzy zatrudnionych w szpitalach stacjonarnych ogólnych), spośród których tylko 7 proc. na umowę o pracę (wobec 49 proc. lekarzy ze szpitali stacjonarnych ogólnych). Jak wygląda sytuacja w oparciu o najnowsze dane, prezentujemy na s. 20.**

**RYSZARD MOŃDZIEL**

**prezes ORL w Płocku**

Umowa kontraktowa daje złudzenie równowagi stron, często zachowując pozory negocjacji warunków. Najbardziej cynicznym jej elementem jest powiązanie wynagrodzenia z ilością „wypracowanych punktów". Nie ocenia się wtedy wartości profesjonalisty, jego mądrości i doświadczenia, a jedynie przydatność pod względem szybkości przyjęć pacjentów i, najłagodniej mówiąc, sprytnego kodowania. Wizyta poszpitalna – słabo punktowana, ale już badanie z biopsją – bardziej opłacalne. Leczenie kilku schorzeń podczas jednej hospitalizacji – niemądre. Rozwiązanie kilku problemów podczas jednego znieczulenia często okazuje się niewykonalne, choć w innych krajach jest możliwe, ale w ramach usług w pełni komercyjnych, także u nas, jest dostępne bez kłopotu. Po zmianach wprowadzających w ochronie zdrowia rachunek ekonomiczny, co od 1999 r. stało się codziennością, niektórzy zauważyli możliwość zwiększania przychodów poprzez „delikatne" przeciąganie struny. Szczególnie w AOS, gdzie finansowanie było i nadal jest związane z ilością „wyrobionych", zakontraktowanych punktów. To wszystko powoduje, że zamiast szpitala czy przychodni mamy coś na kształt banku. Czyż pacjent nie staje się „bankomatem"? Mniej lub bardziej świadomie, ale tak się dzieje i praca na kontrakcie do tego się przyczynia. Kontrakt rozumiany jako umowa dwóch firm nie zwraca uwagi na innych członków wykonujących ten sam zawód. Nie znam kontraktu, w którym umowa byłaby zawierana przez więcej niż dwie strony. Gdzie zatem pomoc i współpraca z innymi lekarzami i profesjonalistami medycznymi? Szpitale mają po kilkaset łóżek, liczną strukturę oddziałów i poradni, a umowy są tylko dwustronne. Czy nie jest to zbiór atomów? Z perspektywy 30 lat pracy wiem, że solidarność zawodowa polega m.in. na przekazywaniu „tajników" wypracowywanych przez pokolenia lekarzy swoim następcom, dla dobra ich i pacjentów, bez oczekiwania zapłaty dla tych, którzy je przekazują. Robi się to w imię rozwoju medycyny, dla sprawniejszego i skuteczniejszego leczenia. Lekarz to wolny zawód, a bycie lekarzem to powołanie. Powinniśmy być wolni od ewentualnych nacisków wynikających z konsekwencji finansowych, potrąceń z wynagrodzeń, zerwania kontraktu. Kontrakt z pewnością rozwiązuje wiele problemów, z którymi borykają się dyrektorzy, prezesi i minister zdrowia, ale zmienia mentalność pracujących. Nie możemy zapominać, że beneficjentem pracy lekarza jest pacjent, czyli potencjalnie każdy z nas. ■

**KRYSTYNA PŁUKIS**

**dyrektor Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim**

Umowy cywilnoprawne mają swoje zalety, ale generalnie jestem przeciwna wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalu na kontrakcie. Kiedy ktoś pracuje na etacie, to mam większą pewność, że utożsamia się ze szpitalem, traktując go jako podstawowe miejsce pracy, a ja jako dyrektor posiadam większą kontrolę nad wykonywaniem przez niego obowiązków. Wprawdzie w każdym kontrakcie są zapisy umożliwiające nadzorowanie pracy, ale to nie to samo. Z powodu braku kadry wynagrodzenia lekarzy kontraktowych w nieuzasadniony sposób stale rosną. Uważam, że stawka 150 zł za godzinę dyżuru jest przesadzona, a nawet niemoralna w stosunku do innych lekarzy. To niesprawiedliwe, że lekarzowi na umowie cywilnoprawnej wystarczy wzięcie kilku dyżurów w miesiącu do osiągniecia tego samego wynagrodzenia „na rękę" co ten, który pracuje w ramach etatu, choć „kontraktowiec" nie musi dźwigać ciężaru porannej zmiany, która jest najbardziej obciążająca. Jako dyrektorzy jesteśmy przez „kontraktowców" szantażowani, do takich działań nie dochodzi ze strony osób zatrudnionych na etatach. Roszczenia są coraz większe, a lekarze na umowach cywilnoprawnych wręcz żądają, by zapewnić im płatny czas urlopu. Stawia się nas pod ścianą, bo chociaż decyzję podejmuje dyrektor, często rynek sam mu ją dyktuje. W umowach wymusza się zapisy z tak szybkim okresem wypowiedzenia, że w praktyce nie pozwala to na zapewnienie zastępstwa. Jestem przeciwna rozliczaniu tylko z czasu pracy, kiedy lekarz przychodzi na dyżur i wykonuje zadania ad hoc. Kontrakt najbardziej uczciwy jest wtedy, gdy lekarza rozlicza się zadaniowo, kiedy musi wykazać się przy konkretnej operacji nad konkretnym pacjentem. ■

**ANDRZEJ BUJNOWSKI**

**członek zarządu OZPSP**

W wyniku wprowadzenia nowych przepisów czy nowych interpretacji dotychczasowych regulacji prawnych należy spodziewać się nasilenia zjawiska rezygnacji z umów cywilnoprawnych na rzecz umów o pracę, zwłaszcza wśród lekarzy, którzy świadczą usługi w ramach dyżurów u jednego świadczeniodawcy. Wzrost wynagrodzenia etatowego przy jednoczesnej „lojalce" też ma tu istotne znaczenie. Praca na kontrakcie jest chętniej akceptowana przez anestezjologów oraz przez lekarzy specjalistów zabiegowych, choć nie ma tu reguły. Z moich obserwacji wynika, że decyzja lekarza dotycząca preferowanej formy zatrudnienia zależy od jego aktualnej pozycji na rynku usług medycznych. W sytuacji deficytu kadr lekarskich umowy cywilnoprawne dają możliwość zapewnienia obsady zarówno w godzinach normalnej ordynacji, jak i na dyżurach. Umowy kodeksowe, przy szczupłości kadr, niosą istotne ryzyko niezapewnienia wymaganej przez NFZ obsady, głównie lekarskiej. ■

FOTO: ARCHIWUM, MARTA JAKUBIAK, MARIUSZ TOMCZAK

**PROF. JANUSZ DZIĘCIOŁ**

**prorektor UM w Białymstoku**

Sumienie i rzetelność zawodowa indywidualnego lekarza jest podstawą jego stosunku do pacjenta. Forma zatrudnienia nie ma tu istotnego znaczenia. Odgrywa jednak bardzo istotą rolę w relacji z pracodawcą. Lekarz kontraktowy nie wykazuje żadnego zainteresowania sytuacją podmiotu, który go zatrudnia. Pracuje jak „najemnik", który jest zainteresowany wyłącznie wykonaniem określonego zadania. Przyszłość w zakresie wyboru form zatrudnienia przez pracowników ochrony zdrowia, szczególnie lekarzy, jest nieprzewidywalna. Uwarunkowana jest systemowymi zmianami w organizacji pracy placówek służby zdrowia. Przy obecnej tendencji regulacji wynagrodzeń, wyjątkowo rozchwianej, uważam, że będzie bardzo trudno utrzymać zatrudnienie na zasadach umów o pracę. Zmiany zachodzące w środowisku pracowników służby zdrowia działają demobilizująco. W wielu przypadkach nawet wysokie stawki „etatowe" nie są atrakcyjne dla lekarzy specjalistów. Pomimo gorszych w przyszłości perspektyw życia w wieku emerytalnym wybierają oni elastyczne formy zatrudnienia. Studenci na zajęciach dydaktycznych w klinikach Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku mają możliwość obserwacji pracy i rozmów z lekarzami zatrudnionymi na różnych zasadach. Twierdzą, że informacje uzyskiwane w ramach zajęć w zakresie organizacji ochrony zdrowia i tak nie będą aktualne w chwili podjęcia przez nich samodzielnej pracy. Ma to związek ze stale zmieniającymi się zasadami funkcjonowania podmiotów w ochronie zdrowia i brakiem rozwiązań systemowych. ■

**BARTOSZ FIAŁEK**

**lekarz rezydent**

To, że wielu lekarzy decyduje się pracować na kontrakcie, jest niebezpieczne dla naszego zawodu. Powstają różne grupy interesów: jedni są zatrudnieni na umowach o pracę, drudzy w oparciu o umowę kontraktową, a jeszcze inni na podstawie obu. W momencie, kiedy staramy się uzyskać poprawę warunków pracy i płacy, to nie da się zabierać głosu w imieniu całego środowiska, bo inne potrzeby mają „etatowcy", a inne „kontraktowcy". Dopóki będzie występować takie zróżnicowanie, dopóty wspólna walka o poprawę jakości w ochronie zdrowia będzie utrudniona, co pokazał chociażby protest rezydentów. Protestowali przede wszystkim lekarze zatrudnieni na podstawie umów o pracę (w trakcie szkolenia specjalizacyjnego i specjaliści, bo opt-out nie obowiązuje w umowach cywilnoprawnych). Do czasu, gdy w danej jednostce nie ujednolici się form zatrudnienia i nie zmniejszy różnic w wynagrodzeniach, nawet lekarzy z tą samą specjalizacją wykonujących tę samą pracę zarobkową, będzie widoczna różnica interesów. W Czechach protest lekarzy udał się, bo niemal wszyscy pracują na umowie o pracę i praktycznie nie istnieje tam prywatna ochrona zdrowia. Dlatego wszyscy poszli razem protestować. Niejednolite formy zatrudnienia nie pozwalają polskim lekarzom solidarnie wystąpić o poprawę warunków pracy i płacy. Nie podejrzewam, by forma zatrudnienia miała jakieś znaczenie z punktu widzenia bezpieczeństwa opieki nad pacjentem. Obecnie, z uwagi na ogromne braki kadrowe, w wielu placówkach dyrektorzy nie mają jak dopinać grafików dyżurowych, dlatego zatrudnienie na kontrakcie nie niesie ze sobą mniejszej gwarancji ciągłości pracy niż praca etatowa. Pracując na kontrakcie, można wykonywać zawód lekarza bez przerwy, 24 godz. na dobę przez 7 dni w tygodniu, ponieważ w tym względzie nie obowiązują regulacje zapisane w Kodeksie pracy. Tylko wtedy, gdy lekarz korzysta z „przywileju" nieograniczonej czasowo pracy, może to nieść niebezpieczeństwo dla pacjentów, ale także dla samych lekarzy. ■

**DR ADAM KOZIERKIEWICZ**

**ekspert ds. ochrony zdrowia**

Często mówi się, że lekarz to wolny zawód. To by sugerowało, że kontrakty stanowią naturalne rozszerzenie koncepcji wolnego zawodu. Warunki jego wykonywania nie wszędzie są takie same. W niektórych krajach skandynawskich, w szczególności w Danii, lekarze zatrudnieni w placówkach medycznych należących do samorządu mają status podobny do urzędników. Można powiedzieć, że znajdują się wówczas na przeciwnym biegunie niż ci, którzy pracują w oparciu o umowy cywilnoprawne. Czy w Polsce kontraktów jest za dużo? Z punktu widzenia komfortu etatowe zatrudnienie jest wygodniejsze, bo jedną z konsekwencji pracy na kontrakcie może być działalność w różnych miejscach, co wiąże się m.in. z dojazdami. Możliwe, że ma to także wpływ na bezpieczeństwo pacjenta, ale trudno jednoznacznie tę kwestię rozstrzygnąć. Źle się dzieje, gdy kogoś przymusza się do przejścia na kontrakt, co więcej, w obliczu braku lekarzy taki przymus może okazać się nieskuteczny. Obecnie sytuacja na rynku pracy jest taka, że jeśli lekarzowi bardzo zależy na etacie, to taką ofertę dostanie. Unia Europejska narzuca kaganiec bezpieczeństwa, uznając, że musi istnieć limit czasu pracy, bo w pewnym momencie człowiek staje się na tyle zmęczony, że może doprowadzić do tragedii. W Polsce kontrakty zawierane z lekarzami obchodzą unijną dyrektywę, ale nie musiałoby tak być. Dyrektywa nie rozróżnia formy zatrudnienia, a polska interpretacja jest taka, jakoby świadczenia wykonywane w ramach umów cywilnoprawnych nie liczyły się do czasu pracy. Byłem świadkiem tworzonych wówczas przepisów i wiem, że polski legislator celowo nie zwrócił na to uwagi. Gdyby ktoś złożył skargę do Trybunału Sprawiedliwości UE w Luksemburgu na to, że nasz stan prawny rozmija się z duchem dyrektywy o czasie pracy, to by wygrał. Pozostaje pytanie, kto miałby mieć w tym interes. Teoretycznie Rzecznik Praw Pacjenta, ale jest on świadomy, że literalne trzymanie się dyrektywy sparaliżowałoby nasz system. ■

**W PIGUŁCE**

# Recepty – za co kary?

**21 maja w senackiej Komisji Zdrowia dwa czytania przeszła uchwalona przez sejm ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, zmieniająca zasady prowadzenia kontroli świadczeniodawców przez Narodowy Fundusz Zdrowia i nakładania kar na lekarzy za popełnione błędy.**

> **Nie powinno być mowy o jakichkolwiek karach, jeśli dana nieprawidłowość nie wpływała na ocenę zasadności i prawidłowości wystawionej recepty.**

gazetalekarska.pl

O wprowadzaniu ustawą z 21 lutego 2019 r. podwójnego karania lekarzy za nieprawidłowości związane z wystawianiem pisaliśmy w „GL" 4/2019. Regulacje te wywołały falę krytyki ze strony środowiska lekarskiego, ponieważ dublowały już istniejące w ustawie refundacyjnej sankcje i prowadziły do podwójnego karania za te same nieprawidłowości. Środowisko lekarskie zostało wówczas zapewnione, że zostanie opracowany nowy projekt ustawy, w którym zapisy takie zostaną skorygowane. Projekt powstał, ale likwiduje on jedynie trzy z pięciu przesłanek do nałożenia kary administracyjnej na lekarza. Pozostały dwie, które nadal umożliwiają w określonych sytuacjach karanie lekarza dwukrotne za tę samą nieprawidłowość: nieprowadzenie dokumentacji medycznej oraz prowadzenie jej niezgodnie z przepisami.

W przypadku wejścia tego projektu w życie, lekarz poddany kontroli NFZ w zakresie wystawiania recept, który nie będzie mógł przedstawić dokumentacji medycznej pacjenta (np. z powodu jej zaginięcia), będzie obciążony obowiązkiem zwrotu kwoty refundacji leków przypisanych temu pacjentowi (tak jest obecnie) oraz dodatkowo zostanie ukarany karą administracyjną.

– Druga przesłanka do nałożenia kary administracyjnej, czyli „prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z przepisami prawa", jest dość enigmatyczna – ocenia Wojciech Idaszak, radca prawny NIL. – Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania określają wiele wymogów, jakie spełniać musi dokumentacja medyczna, np. wpisy muszą być czytelne oraz ułożone w porządku chronologicznym, a karty powinny być ponumerowane. Uchybienie któremukolwiek z nich oznaczać więc może „prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z przepisami prawa" i tym samym może skutkować nałożeniem projektowanej w art. 52a ustawy refundacyjnej kary administracyjnej – wyjaśnia. Jego zdaniem, nie powinno być mowy o jakichkolwiek karach, jeśli dana nieprawidłowość nie wpływała na ocenę zasadności i prawidłowości wystawionej recepty. Przepisy mogą wejść w życie już 1 czerwca 2019 r. ■

# Recepty – wysokość kar administracyjnych

**Ustawa z 21 lutego 2019 r. określa maksymalną wysokość kary administracyjnej, która może być nałożona na lekarza i precyzuje, że może ona maksymalnie sięgnąć równowartości kwoty refundacji za okres objęty kontrolą lub za okres objęty czynnościami.**

Co będzie, jeśli kontrola wykaże drobne uchybienia w zakresie dokumentacji medycznej w stosunku do jednego spośród dziesięciu kontrolowanych pacjentów? – Formalnie będzie to prowadzenie przez lekarza dokumentacji niezgodnie z przepisami, co daje podstawę do nałożenia na niego kary administracyjnej – wyjaśnia Wojciech Idaszak, radca prawny NIL. – Ponieważ ustawa określa tylko maksymalną wysokość kary, należy wnosić, że powinna być zmiarkowana, ale w ustawie nie ma żadnych innych szczegółów, jak NFZ ma kary miarkować – komentuje. Uważa, że dość prostym rozwiązaniem byłoby określenie, że kara powinna być odniesiona do kwot nienależytej refundacji leków w tych przypadkach, dla których dokumentacji nie ma lub posiada ona takie wady, które rzutują na możliwość weryfikacji, czy refundacja w tych przypadkach powinna nastąpić. ■

**W PIGUŁCE**

# Kasy rejestrujące – ważna zmiana

**Po 31 lipca usługę zwolnioną z VAT należy oznaczać na paragonach literą E.**

Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 5 nowego rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie kas rejestrujących (Dz.U. z 2019 r. poz. 816) podatnicy prowadzący ewidencję przypisują oznaczenia literowe od „A" do „G" w następujący sposób:
„A" – stawka podstawowa podatku w wysokości 22% albo 23%
„B" – stawka obniżona podatku w wysokości 7% albo 8%
„C" – stawka obniżona podatku w wysokości 5%
„D" – stawka obniżona podatku w wysokości 0%
**„E" – zwolnienie od podatku**
„F" i „G" – pozostałe stawki podatku, w tym wartość 0% (zero techniczne) w przypadku sprzedaży opodatkowanej, o której mowa w art. 119 ust. 1 lub art. 120 ust. 4 ustawy.

– Do końca kwietnia 2019 r. podatnicy zobowiązani byli przypisywać jedynie literę „A" stawce 23%. Pozostałe litery mogły być dowolnie przypisane kolejnym stawkom podatku lub zwolnieniom. W świetle § 6 ust. 1 pkt 5 lit. b rozporządzenia z 2013 r. podatnicy, prowadząc ewidencję, stosowali oznaczenia literowe od „A" do „G" do przyporządkowania stawki podatku do nazw towarów i usług, przy czym literze „A" była przyporządkowana stawka podstawowa podatku, a literom od „B" do „G" pozostałe stawki podatku stosowane na poszczególne towary i usługi oraz zwolnienie od podatku. Teraz się to zmienia – wyjaśnia Olga Adamska z działu prawnego NIL. – Nowe rozporządzenie, poza innym przypisaniem literowym, zawiera również przepis przejściowy (§ 59), zgodnie z którym podatnik używający kasy na dzień wejścia w życie rozporządzenia może stosować do **31 lipca 2019 r.** dotychczas stosowane oznaczenia literowe od „A" do „G" do stawek podatku lub zwolnienia od podatku przypisane do nazw towarów i usług. Po tym terminie musi zastosować się do przepisów nowego rozporządzenia – dodaje. ■

# Odwoływanie się od kar administracyjnych

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

**Do niedawna decyzja o nałożeniu kary administracyjnej w związku z ordynacją lekarską wydawana była przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.** Od tej decyzji służyło odwołanie do prezesa NFZ, a następnie była możliwość wystąpienia ze skargą do sądu administracyjnego. Od 1 czerwca decyzje takie będzie wydawał prezes NFZ, od którego decyzji będzie można złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, a następnie skargę do sądu administracyjnego. ■

# Ministerstwo porządkuje teleradiologię

**22 maja weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.**

Rozporządzenie określa standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w przypadku badań radiograficznych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (więcej już w kolejnym numerze „GL"). ■

PRZESŁUCHANIE U PROKURATORA

# Lekarz w charakterze podejrzanego

W toku prowadzonego postępowania przygotowawczego może zapaść decyzja o nadanie lekarzowi statusu podejrzanego. Dzieje się tak na skutek wydania przez prokuratora postanowienia o przedstawieniu zarzutów.

TEKST DR **PAWEŁ KOWALSKI**, PRODZIEKAN DS. ORGANIZACYJNYCH, WYDZIAŁ PRAWA SWPS UNIWERSYTET HUMANISTYCZNOSPOŁECZNY

**Taka sytuacja z jednej strony może doprowadzić do skierowania aktu oskarżenia do sądu, z drugiej jednak daje osobie podejrzanej – jako faktycznej stronie postępowania – szereg uprawnień, których nie posiada osoba przesłuchiwana w charakterze świadka. Znajomość tych uprawnień jest kluczowa do kontrolowania swojej sytuacji prawnej i skutecznej obrony.**

Podstawowym uprawnieniem lekarza jest prawo do posiadania obrońcy. Wskazanie takiej osoby (lub też osób, gdyż kodeks postępowania karnego zezwala na powołanie maksymalnie trzech obrońców) jest zalecane na jak najwcześniejszym etapie postępowania. Obrońcę należy opłacić, a w przypadku braku wystarczających środków – złożyć wniosek do sądu o przydzielenie prawnika z urzędu. Należy także pamiętać, że w sytuacji, gdy zostaniemy uniewinnieni przez sąd lub też postępowanie zostanie umorzone, koszty naszego obrońcy zostaną poniesione przez stronę skarżącą.

W przypadku spraw z oskarżenia prywatnego będzie to Skarb Państwa, natomiast w przypadku spraw wszczętych z oskarżenia prywatnego – oskarżyciel prywatny (art. 632 kpk). Posiadanie obrońcy będzie łączyło się z żądaniem przeprowadzania wszelkich przesłuchań w jego obecności, jednak jego ewentualne niestawiennictwo – odmiennie niż w przypadku procesu sądowego – nie będzie powodować przełożenia bądź odwołania przesłuchania (art. 301 kpk).

Podejrzany lekarz powinien szczegółowo zapoznać się z zarzutami, jakie są mu stawiane (art. 313 kpk). Może on także zażądać sporządzenia uzasadnienia postawionych zarzutów na piśmie. Takie uzasadnienie dostarczane jest w ciągu 14 dni od momentu zażądania jego wydania. Należy pamiętać, że w pisemnym uzasadnieniu muszą zostać wskazane fakty i dowody, które przyjęto za podstawę zarzutów, dlatego też pomimo fakultatywności tej opcji, nie należy z niej rezygnować. Dodatkowym uprawnieniem podczas całego postępowania jest prawo do wglądu w akta sprawy w toku jej postępowania (wówczas może jednak zajść sytuacja, w której organ prowadzący postępowanie z uwagi na dobro postępowania – może odmówić tego prawa – art. 156 kpk).

W toku postępowania może zaistnieć sytuacja, w której podejrzany nabierze przekonania, że

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

przeprowadzenie pewnych czynności, np. o przesłuchanie świadka, uzyskanie dokumentu, dopuszczenie opinii biegłego, może w istotny sposób przyczynić się do poprawienia jego sytuacji procesowej (art. 315 § 1 kpk). Ma on w związku z tym prawo do złożenia wniosku o dokonanie takich czynności, jednak ich ostateczne uwzględnienie będzie zależało od pozytywnej decyzji organu prowadzącego postępowanie.

W przypadku, gdy w sprawie występuje pokrzywdzony, lekarz ma prawo do złożenia wniosku o skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego w celu pogodzenia stron (art. 23a § 1). Należy jednak pamiętać, że udział w postępowaniu mediacyjnym jest dobrowolny i na jego przeprowadzenie muszą zgodzić się wszystkie strony. Pozytywne wyniki przeprowadzonej mediacji są brane pod uwagę przez sąd przy ewentualnym wymierzaniu kary.

W przypadku uznania przez podejrzanego swojej winy, ma on prawo do uzgodnienia z prokuratorem wniosku o wydanie wyroku i wymierzenie przez sąd kary bez przeprowadzania dowodów (art. 335 § 1 kpk). Taki wniosek musi jednak zostać zaakceptowany przez sąd przy braku sprzeciwu pokrzywdzonego (art. 343 § 2 kpk).

Wreszcie w sytuacji, gdy istnieją podstawy do zamknięcia śledztwa, podejrzany lekarz ma prawo do zapoznania się z całością materiałów postępowania. Takie uprawnienie jest szczególnie istotne, gdyż pozwala przygotować się do ewentualnego postępowania przed sądem, jednakże trzeba pamiętać, że należy o taki wgląd wystąpić z oddzielnym wnioskiem do organu prowadzącego postępowanie. W związku z zebranym materiałem, postępowanie może zostać zakończone skierowaniem aktu oskarżenia przeciwko podejrzanemu lub też, w przypadku braku podstaw do wniesienia aktu oskarżenia – zostanie wydane postanowienie o umorzeniu śledztwa (art. 322 kpk).

W związku z prowadzonym postępowaniem, podejrzany ma także szereg obowiązków, z których musi się wywiązać. Jeżeli podczas prowadzonego postępowania pozostaje on na wolności, wtedy musi stawić się na każde wezwanie organu prowadzącego, a także zawiadomić go w razie zmiany miejsca zamieszkania lub też pobytu poza miejscem zamieszkania przekraczającego 7 dni. Niewykonanie tego zobowiązania lub też nieusprawiedliwione niestawiennictwo na wezwanie może skutkować zatrzymaniem i przymusowym doprowadzeniem, a w przypadku powtarzających się utrudnień – aresztowaniem na czas prowadzonego postępowania (art. 75 kpk). W przypadku opuszczenia miejsca pobytu na dłużej niż 7 dni, podejrzany jest zobowiązany do wskazania adresu, na który będzie kierowana korespondencja związana z postępowaniem. Brak wskazania takiego adresu będzie skutkować przesyłaniem korespondencji na ostatni znany adres i uznanie ich za skutecznie doręczone. Może to spowodować sytuację, w której niemożliwe będzie złożenie wniosków, zażaleń lub apelacji z uwagi na upływ ustawowych terminów (art. 138 kpk). W wypadku wezwania do osobistego stawiennictwa, usprawiedliwienie nieobecności z powodu choroby jest możliwe wyłącznie po przedstawieniu zaświadczenia wystawionego przez lekarza sądowego (117 §2a kpk).

Podejrzany jest także zobowiązany do poddania się wszelkim oględzinom i badaniom wskazanym przez organ prowadzący postępowanie, musi wyrazić zgodę na pobranie odcisków palców oraz okazanie innym osobom (art. 74 §2 kpk). Także w uzasadnionych przypadkach lekarz musi zgodzić się na poddanie się badaniom psychologicznym i psychiatrycznym.

W razie zatrzymania lekarzowi będą natomiast przysługiwać prawo do informacji o przyczynie zatrzymania i prawo do złożenia lub odmowy złożenia zeznań w przedstawionej sprawie (art. 244 kpk). W takiej sytuacji lekarz ma także prawo do niezwłocznego kontaktu ze swoim adwokatem i do odbycia z nim rozmowy. Co do zasady, taka rozmowa powinna odbyć się w „cztery oczy", jednakże w uzasadnionych przypadkach zatrzymujący może zażądać swojej obecności podczas rozmowy (art. 245 kpk). ■

**Jednymi z najważniejszych praw wynikających z posiadania statusu podejrzanego jest:**

- **prawo do odmowy składania wyjaśnień lub**
- **prawo do odmowy odpowiedzi na niektóre pytania (art. 300 §1 kpk).**

Prawo to wynika z jednej z podstawowych zasad procesu karnego, stanowiącej, że nikt nie ma obowiązku dowodzenia swojej niewinności, a także dostarczania dowodów na swoją niekorzyść (art. 74 kpk). Nieudzielenie odpowiedzi nie wiąże się z żadną odpowiedzialnością, co więcej, lekarz nie ma obowiązku podawania powodów, w sprawie których odmawia składania wyjaśnień. To strona skarżąca – prokurator lub oskarżyciel prywatny – musi w sposób niewątpliwy dowieść, że czyn zakazany został popełniony przez lekarza.

**Podejrzany lekarz powinien szczegółowo zapoznać się z zarzutami, jakie są mu stawiane (art. 313 kpk). Może on także zażądać sporządzenia uzasadnienia postawionych zarzutów na piśmie.**

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

# Nie rozpoznał złamania

Do szpitalnego oddziału ratunkowego o godz. 6.00 rano przyjęto pacjentkę z silnym bólem lewej kończyny dolnej. Pacjentce podano dożylnie leki przeciwbólowe, zlecono m.in. konsultację chirurgiczną i badanie stężenia D-dimerów.

TEKST **PAULINA TOMASZEWSKA**, PRAWNIK NIL

**W zebranym wywiadzie lekarskim ustalono onkologiczną przeszłość pacjentki, jak również podejrzenie zmiany nowotworowej w lewej kości udowej. Wezwany na konsultację chirurg – znający powód konsultacji („ból nogi lewej, głównie uda")** i mający wiedzę o podwyższonym poziomie D-dimerów – po wykonanym badaniu przedmiotowym stwierdził: „brak żylaków kończyn dolnych, obecność prawidłowego tętna w obu kończynach dolnych w typowych miejscach oraz obustronnie ujemny objaw Homansa". Mimo narastających u pacjentki dolegliwości bólowych nie poszerzył diagnostyki o badanie radiologiczne, nie widział też wskazań do leczenia chirurgicznego. Ostatecznie pacjentkę wypisano do domu. Następnego dnia, z uwagi na nasilone dolegliwości bólowe, kobieta ponownie zgłosiła się do szpitala. Przyjmujący lekarz już po wstępnym badaniu rozpoznał patologiczne złamanie lewego uda i skierował chorą do pilnego leczenia operacyjnego.

Chirurgowi, który konsultował pacjentkę podczas jej pobytu w SOR, postawiono zarzut niezachowania należytej staranności i nieprzedsięwzięcia możliwych środków diagnostycznych, a w rezultacie nierozpoznanie patologicznego złamania lewego uda, tj. przewinienie zawodowe określone w art. 8 KEL. Dla wyjaśnienia okoliczności sprawy, w toku postępowania przed okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, przeprowadzono dowód z pisemnej opinii biegłego (lekarza specjalisty z zakresu ortopedii i traumatologii, chirurgii ogólnej, medycyny ratunkowej). W ocenie biegłego postępowanie chirurga było nieprawidłowe, ponieważ obwiniony, mając na uwadze nasilające się dolegliwości bólowe pacjentki, jak i fakt onkologicznego leczenia w przeszłości, powinien wykonać badanie radiologiczne w dniu przyjęcia do SOR. Okręgowy sąd lekarski uznał lekarza za winnego i wymierzył karę pieniężną. Odwołanie od orzeczenia OSL złożył obrońca obwinionego. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie. Kasacja na korzyść lekarza została złożona przez jego obrońcę. ■

## KOMENTARZ

**GRZEGORZ WRONA**

**Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej**

Kolejny raz wracamy do lekarskiego obowiązku należytej staranności, w tym przeprowadzenia badania podmiotowego i przedmiotowego. Opisywana interwencja to konsultacja doświadczonego lekarza specjalisty, dotycząca pacjenta przebywającego w szpitalnym oddziale ratunkowym. Nikomu z nas nie trzeba, szczególnie z tytułu ostatnich wydarzeń, wskazywać, że to jeden z najtrudniejszych, jeśli nie najtrudniejszy „odcinek pracy" lekarza. Ramy tego komentarza nie pozwalają na uzasadnienie tej trudności, ale mam nadzieję, że uda się do takiego uzasadnienia, po raz nie wiem który, sprowokować czytelników. Co do jednego natomiast sądy nie miały wątpliwości: na lekarzu ciąży obowiązek wystraczająco starannego zebrania wywiadu chorobowego, wywiadu, który nie może ograniczyć się jedynie do wybranego przez lekarza fragmentu. Tu zabrakło nawet podstawowych pytań zadanych przytomnemu pacjentowi. Nie wystarczy też, nawet staranne, badanie fizykalne ograniczonego obszaru ciała. Nie oglądając i nawet pobieżnie nie badając całości, łatwo przeoczyć „belkę w oku". Tak też się stało. Sądy zatem nie miały wątpliwości co do ustalenia winy. Pozostała zatem do ustalenia kwestia wysokości kary. Orzeczono karę pieniężną (niewysoką) na cel pożytku publicznego. Wyroki sądów się szanuje, ale podobno można je komentować. Zatem czy zdrowie pacjenta da się wycenić i czy w takich sytuacjach karę pieniężną da się uzasadnić? Otóż ta sprawa była przedmiotem kontroli sprawowanej przez Sąd Najwyższy. Ponieważ sądy lekarskie obu instancji w rzetelny sposób odniosły się w swoich uzasadnieniach do przyczyn ustalenia kary tego rodzaju i jej wysokości, Sąd Najwyższy kasację obrońcy lekarza oddalił jako oczywiście bezzasadną. ■

**WYSOKOŚĆ EMERYTURY A KAPITAŁ POCZĄTKOWY**

# Znikająca kasa

Lekarze zawsze byli traktowani przez władze jako „parszywy, gorszy sort" – uważa dr Piotr Pelczar z Łeby, który przysłał do naszej redakcji długi list w sprawie, która wcześniej czy później zacznie dotyczyć każdego. Chodzi o wysokość emerytury.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

**Lekarze pracujący zbyt długo, zagonieni na dyżurach, kosztem zdrowia i rodziny, byli zmęczeni i dlatego dla władzy byli bezpieczniejsi, bo już brakowało im sił na działania opozycyjne" – tymi słowami dr Piotr Pelczar nawiązał w swoim liście do mrocznych czasów PRL.**

„Kiedyś zapisy Kodeksu pracy podawały definicję i sposób rozliczania nadgodzin, ale przy dyżurach lekarskich był odnośnik »nie dotyczy dyżurów lekarskich«. Lekarz pracujący na pełnym etacie, np. w ZOZ-ie, po wypracowaniu podstawowych godzin etatowych, często pracował dłużej. Dla potrzeby i na rzecz macierzystego zakładu pracy, dla zachowania ciągłości jego funkcjonowania, pracował dodatkowe godziny, dni i noce na dyżurach w oddziałach i w pogotowiu. Dostawał za to oszukane wynagrodzenie, które było uznaniowe, tabelaryczne, a zawsze poniżej kodeksowego wynagrodzenia normalnych nadgodzin" – napisał nasz czytelnik.

## KRADZIEŻ LEGE ARTIS

Część lekarzy chciała zarabiać więcej w trosce o godziwe życie swojej rodziny i z myślą o przyszłości swoich dzieci. Zdaniem dr. Pelczara zostało to dostrzeżone i zrobiono lekarzom psikusa. Mechanizm opisał następująco: „Jeśli już pracowałeś na dyżurach i zaniżonymi stawkami za dyżury jednak zarobiłeś sumarycznie więcej, to teraz część twojej składki, gromadzonej niby dla ciebie, pobranej do ZUS, nie doliczymy do twoich zasług. Wymyślono »limit« 250 proc., aby osoby pracowite, nie tylko lekarzy, uderzyć kolejnym batem. W pewnym okresie składki ZUS pobierano od całości przychodów, lecz na dobro pracusia w ZUS-ie zaliczano tylko do 250 proc. tych składek, a powyżej limitu trafiały one do wspólnego worka ZUS, ale nie na konto tego, który składki wypracował i zapłacił. Taka

FOTO: MARIUSZ TOMCZAK

sytuacja wypełnia znamiona »legalnej kradzieży«". Jego zdaniem, jeśli ZUS gospodaruje składkami, to winien stworzyć we „wspólnym worku" takie mechanizmy, aby nikogo nie pozbawić jego składek, bo ustalanie po czasie kapitału początkowego jest „mydleniem oczu" i stanowi grę pozorów. W rozmowie telefonicznej dr Pelczar podkreślił, że ta sprawa jeszcze „nie wybuchła", bo – jak mówi – dopiero teraz „okradane roczniki" przechodzą na opóźnione emerytury. W jego ocenie samorząd lekarski i związki zawodowe zrzeszające lekarzy powinny przyjrzeć się całej sprawie, oczywiście korzystając z pomocy doborowych prawników. – Chodzi o to, aby w naszym imieniu doszło na drodze sądowej do przywrócenia skradzionych składek od wyliczanego w ZUS kapitału początkowego – powiedział.

## CO ODPOWIEDZIAŁ ZUS?

List naszego czytelnika przesłałem do Centrali ZUS, prosząc o ustosunkowanie się zarówno do kwestii poruszonych przez doktora, jak i szeregu moich pytań. Z długiej, kilkustronicowej odpowiedzi, wynika, że ZUS nie chciał odnosić się do „historycznej" sytuacji opisanej przez dr. Pelczara, która dotyczy przede wszystkim lat 80. ubiegłego wieku. Kapitał początkowy jest ustalany na zasadach wskazanych w ustawie z dn. 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i w oparciu o przepisy zawarte w ustawie emerytalnej otrzymałem odpowiedź. Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami jedynie miesięczna podstawa wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe jest limitowana do wysokości 250 proc. prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy (w 2019 r. jest to kwota 11 912,50 zł). Do wszystkich ubezpieczonych, w tym również do lekarzy, stosuje się roczne ograniczenie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Oznacza to, że w danym roku kalendarzowym suma miesięcznych podstaw na ubezpieczenia emerytalne i rentowe nie może być wyższa od kwoty odpowiadającej 30-krotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy (w 2019 r. jest to kwota 142 950 zł). Po przekroczeniu tego limitu składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe nie są opłacane. Okres ten jest jednak nadal okresem podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. Po przekroczeniu rocznego ograniczenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe nadal naliczane są i zapisywane na koncie ubezpieczonego składki na ubezpieczenia chorobowe, wypadkowe oraz zdrowotne.

**11 912,50 ZŁ**

**– do tej kwoty jest obecnie limitowana miesięczna podstawa wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.**

## JAK ZŁOŻYĆ ODWOŁANIE?

Lekarze, którzy nie zgadzają się z decyzją o ustaleniu kapitału początkowego, mogą wnieść odwołanie za pośrednictwem organu rentowego do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania sądu okręgowego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych, w terminie miesiąca od dnia doręczenia decyzji. Po tym terminie decyzja staje się prawomocna. Odwołanie można sporządzić na piśmie lub wnieść ustnie do protokołu. Prawomocny wyrok sądu jest wiążący dla obu stron postępowania. Zdarza się, że osobom przechodzącym na emeryturę pracodawca nie przekazuje pełnej dokumentacji pozwalającej na ustalenie kapitału początkowego. Wówczas – jak poinformował ZUS – ubezpieczony może złożyć, w dowolnym momencie, dodatkowe dokumenty wraz z wnioskiem w sprawie kapitału początkowego (formularz EKP). Te dokumenty mogą być złożone również po przyznaniu emerytury. Jeżeli jednak ubezpieczony przedłoży brakujące dokumenty przed uprawomocnieniem się decyzji przyznającej emeryturę, nowa wysokość świadczenia zostanie ustalona od daty przyznania prawa do niej. W przypadku, gdy wniosek o przeliczenie kapitału początkowego oraz emerytury zostanie złożony po uprawomocnieniu się decyzji przyznającej świadczenie, emerytura w nowej wysokości będzie wypłacana nie wcześniej niż od miesiąca, w którym został złożony wniosek w tej sprawie. Nie wiadomo, ilu lekarzy zakwestionowało dotychczas wysokość wyliczonego kapitału początkowego. ZUS nie prowadzi statystyk dotyczących liczby odwołań od decyzji o jego ustaleniu lub przeliczeniu składanych przez poszczególne grupy zawodowe. ■

## Tylko nie w czerwcu!

**Kto planuje przejść na emeryturę, nie powinien robić tego w czerwcu, bo naliczona emerytura może być sporo niższa. Od tego, w jakim miesiącu składa się wniosek o emeryturę, może zależeć jej wysokość. Wynika to ze schematu waloryzacji składek zewidencjonowanych na koncie w ZUS. W przypadku ustalania wysokości emerytury na wniosek złożony w II kwartale danego roku, w kwietniu czy maju, składka roczna podlega dodatkowo czterem kwartalnym waloryzacjom. 1 czerwca każdego roku następuje roczna waloryzacja składek. W przypadku zgłoszenia wniosku w czerwcu dochodzi tylko do waloryzacji rocznej (bez waloryzacji kwartalnych). Jeżeli wniosek zostanie złożony w lipcu, wysokość zgromadzonego kapitału w ZUS może być powiększona o składnik waloryzacji rocznej oraz kwartalnej. – Czerwiec jest najmniej opłacalnym terminem na składanie wniosków o emeryturę. Jeśli wiek emerytalny osiągamy właśnie w czerwcu, a wniosek złożymy już w maju, by uniknąć niekorzystnej sytuacji, to nic nam to nie da, bo ZUS emeryturę będzie mógł przyznać dopiero po spełnieniu do niej warunków, czyli od daty 60. urodzin w przypadku kobiet i 65. w przypadku mężczyzn – tłumaczy Iwona Kowalska-Matis, rzecznik prasowy ZUS na Dolnym Śląsku, dodając, że jeśli komuś urodziny wypadają w którymś z czerwcowych dni, emerytura będzie przyznana od czerwca. W takiej sytuacji warto przemyśleć, czy nie wstrzymać się ze złożeniem wniosku przynajmniej do 1 lipca.**

ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

# Od dumy do zadumy

Mija 15 lat od uzyskania przez lekarzy dentystów statusu odrębnego zawodu zaufania publicznego.

**Aktualny numer „GL" pełen jest wspomnień o 30-leciu odrodzonych izb lekarskich i relacji z obchodów tego święta, czyli uroczystej konferencji, która miała miejsce 17 maja. Podczas swojej prezentacji nakreśliłem zebranym bilans szans i problemów wynikających z odmienności zawodu lekarza dentysty.**

Przypomniałem, a zapewne większości uświadomiłem, że w maju (wraz z rocznicą akcesji do UE) stuknęła lekarzom dentystom piękna, 15. rocznica uzyskania statusu odrębnego zawodu zaufania publicznego. To dla nas ważna, jeśli nie przełomowa data (1.05.2004). Odbyło się to drogą zmiany tytułu ustawy „o zawodzie lekarza" na ustawę „o zawodach lekarza i lekarza dentysty". Oczywiście sens i znaczenie dla pozycji prawnej naszego zawodu są dużo głębsze niż sama zmiana w tytule. Warto więc, pośród świątecznego chóru, przepełnionego dumą, żeśmy te 30 lat przeżyli, przejść do strefy zadumy nad tym, czy jesteśmy na właściwym kursie.

Nie padło to wprost (może i szkoda) podczas rozważań prawniczych nad rolą i miejscem samorządu w strukturach państwa, ale jasne jest chyba, że skoro ustawodawca konstytucyjny przewidział istnienie samorządów zawodowych ustanawianych m.in. w celu reprezentacji osób je wykonujących, to zobowiązał tym samym władzę wykonawczą i ustawodawczą do udostępnienia tym samorządom narzędzi do wykonania tej reprezentacji, czyli utrzymania dialogu w sprawach objętych interesem publicznym na poziomie umożliwiającym wypełnienie tego zadania. Niby to oczywiste – skoro dał mu narzędzia do wykonywania pieczy (prawo wydawania orzeczeń i decyzji), to zapewne intencją było również zapewnienie owocnej reprezentacji. Nie oznacza to oczywiście, że wszystkie postulaty samorządu muszą być spełniane, ale samą zasadniczą tezę chciałoby się przedstawicielom klasy politycznej zadać – jak niegdyś w szkołach – do przepisania kilkanaście razy do zeszytu.

Osobiście, zupełnie wprost starałem się w obecności Pana Ministra wyartykułować to, o czym napomknąłem w ostatnim felietonie, a mianowicie, że w zasadniczym dla każdego zawodu zaufania publicznego obszarze (kształcenie podyplomowe) poziom zainteresowania władz publicznych w naszym przypadku wymyka się rozważaniom o zarządzaniu, a dotykać zaczyna istoty funkcjonowania takiego zawodu.

Po tych 15 latach dalej szukamy swojej drogi i z racji braku samodzielności – modelu pracy. Jak wspomniałem w swej prezentacji, po poprzedniej ustawie odziedziczyliśmy w części stomatologicznej strukturę samorządową niepasującą do wymogów efektywnego zarządzania, ze znacznym rozproszeniem odpowiedzialności oraz brakiem możliwości samodzielnego ustanowienia establishmentu naszej grupy zawodowej. Winien jestem tę odautorską diagnozę zaprezentować, ale oczywiście na diagnozie nie poprzestać.

Ze spraw bieżących: cały czas działamy w celu poprawy sytuacji osób realizujących kontrakty z NFZ. Każde następne słowo o kiepskiej wycenie jest zbędne. Szumnie zapowiadane dodatkowe 4 mld zł w budżecie NFZ zostały rozdzielone w sposób niezrozumiały. W chwili, gdy oddaję tekst, nie wszystko jeszcze jest ustalone i pewne. Głosowanie w samej Radzie NFZ 23 maja dowodzi, że sama władza nie ma jednolitego poglądu, jak się tym czteromiliardowym szczęściem podzielić.

Instynktownie jednak czuję, że największe straty, i to wszystkim bez wyjątku, może przynieść źle i drogo zaprojektowana cyfryzacja medycyny. Każdy wysiłek w to włożony wart jest poniesienia. Zapraszam nieodmiennie na @StomatolodzyN i @edm_2020. ■

15 LAT lek.dentysty jako zawodu zaufania publicznego 2004-2019

MARTA JAKUBIAK
redaktor naczelna

STOMATOLOGIA

# Zaświadczenia od lekarza dentysty

Dlaczego niektóre szpitale wymagają, by pacjenci przed planowym zabiegiem przedstawiali zaświadczanie od lekarza dentysty o niewystępowaniu w jamie ustnej ognisk zapalnych, a inne nie proszą o taki dokument?

M.JAKUBIAK@GAZETALEKARSKA.PL

**Wysłałam maile do kilkunastu szpitali w całej Polsce z zapytaniem, czy w ich placówce wymaga się od chorego takiego zaświadczenia. Jak się okazało, temat jest chyba trochę niewygodny, bo odpowiedziały zaledwie trzy. Reszta pominęła moje pytanie milczeniem lub tłumaczyła się brakiem czasu, choć na udzielenie odpowiedzi było go całkiem dużo. Dlaczego?**

– Może to wynikać z niewiedzy – komentuje prof. Marzena Dominiak, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. – Propedeutyka stomatologiczna jest traktowana przez studentów medycyny jako mniej ważna, a zmiany patologiczne w jamie ustnej jako istotne wyłącznie dla lekarzy dentystów. Dodatkowo kwestię ognisk zapalnych w jamie ustnej zaczęto w pewnym momencie bagatelizować, bo poddano w wątpliwość, czy wtórne ogniska naprawdę istnieją. Nastąpiło też spłycenie roli stomatologii, która w pewnym momencie stała się bardziej biznesowa, a nie lekarska. To z kolei sprawiło, że w stomatologii przestano zwracać uwagę na medyczne aspekty – komentuje.

Bakterie pochodzące ze stanów zapalnych w jamie ustnej oddziałują na kondycję całego organizmu. Zdecydowanie mogą wpływać na pogorszenie zdrowia ogólnego pacjenta. To stan zapalny, który może prowadzić do bakteriemii i wpływać na powstawanie zmian w narządach odległych. – Dość dramatyczne, ale bardzo wyraziste są przykłady pacjentów onkologicznych. Jeżeli chory ze zmianami okołowierzchołkowymi zębów zostanie poddany radioterapii czy chemioterapii, to wszystkie te ogniska mogą ulec rozwojowi, powodując nawet martwicę kości. To grozi amputacjami, czasem większymi odcinkowymi resekcjami szczęki czy żuchwy. Może generować olbrzymie powikłania. W skrajnych przypadkach doprowadzić nawet do sepsy – wyjaśnia prof. Dominiak.

## JAK TO WIDZĄ ONKOLODZY

Zaświadczeń od stomatologa o niewystępowaniu ognisk zapalnych w jamie ustnej nie wymaga się np. w Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach.

– W przypadku nowotworów głowy i szyi, po wizycie kwalifikującej do leczenia w Centrum Onkologii w Gliwicach, pacjenci są proszeni o wykonanie sanacji jamy ustnej. Otrzymują takie zalecenie, co nie

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

oznacza, że jest od nich wymagane zaświadczenie o tym, że to zalecenie zostało zrealizowane. Od wykonania sanacji nie uzależnia się ich leczenia – informuje prof. Krzysztof Składowski, dyrektor tej placówki i jednocześnie konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej. – Jeśli pacjent ma w jamie ustnej siedlisko bakterii czy innych potencjalnie chorobotwórczych drobnoustrojów, to w przypadku leczenia onkologicznego może dojść do nieoczekiwanych powikłań, które mogą zniweczyć efekt operacji. Mogą również spowodować przerwę w radioterapii, której przyczyną może być nieoczekiwane narastanie odczynu popromiennego. Wreszcie mogą również doprowadzić do groźnych infekcji przy chemioterapii, kiedy dochodzi do obniżenia odporności – dodaje prof. Składkowski. Trudno zatem zrozumieć, dlaczego usunięcie stanów zapalnych nie jest obligatoryjne.

## CO NA TO INNE SZPITALE

Jak dowiaduję się od Piotra Gołaszewskiego, rzecznika prasowego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie, wymóg posiadania zaświadczenia od stomatologa w tej placówce jest uzależniony od regulacji wewnętrznych każdego oddziału. Znaczący wpływ na oczekiwanie zaświadczenia ma postawa czy raczej opinia ordynatora. Są oddziały wymagające zaświadczenia i takie, które nie oczekują tego typu dokumentu, są też jednostki zalecające sanację.

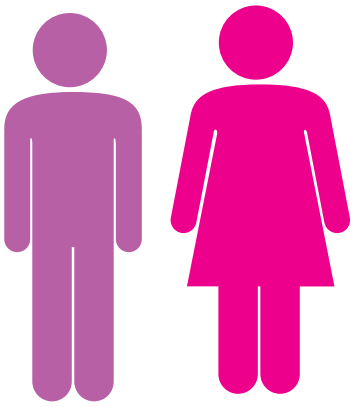
– Od listopada 2018 r. pracuje w naszym szpitalu zespół standaryzujący na nowo procedury. Jednym z elementów ma być pakiet obowiązkowych zaświadczeń, jakie pacjent musi dostarczyć przed zabiegiem. W tej chwili mocniej rozważany jest model wskazania grupy zabiegów, których obowiązek będzie dotyczył, w tym stomatologicznych – informuje Piotr Gołaszewski. Przyznaje, że w mniej formalnych rozmowach widzi bardzo mocno zróżnicowaną wśród lekarzy postawę wobec sanacji. Część chirurgów bez względu na regulacje formalne oczekuje od swoich pacjentów takiego dokumentu, ale co warto podkreślić, tłumaczą pacjentom sens takiego działania, a nie tylko radykalnie wymagają go od nich. – Wyraźnie widzę silniejsze przekonanie co do potrzeby sanacji, jeśli mówimy o tak trudnych działaniach jak transplantacja – dodaje.

Część medyków Szpitala Bródnowskiego zwraca uwagę na problem higieny jamy ustnej w szerszym ujęciu niż tylko kwestia samych zębów, jako wyzwanie dla edukacji społeczeństwa. Podnoszą szereg sytuacji, gdy osobie zgłaszającej się do poważnego zabiegu nie przeszkadza owrzodzenie dziąseł, wyraźne stany zapalne itp. – Grupą lekarzy mocno podkreślającą potrzebę takiego obowiązku są kardiolodzy. Zauważają, że stan jamy ustnej może być zagrożeniem dla mięśnia sercowego – informuje Piotr Gołaszewski.

Dowiaduję się także, że elementem, który dodatkowo przewijał się w rozmowach z lekarzami, była kwestia pojawiających się trudności w zdefiniowaniu sanacji przez samych stomatologów. – Jest to np. pytanie o zęby leczone kanałowo. Spotykamy osoby, które miały trudność, aby uzyskać takie zaświadczenie. To oczywiście jest już odsłuch od samych pacjentów, może nie w pełni obiektywny, ale też ważny – podkreśla rzecznik.

A jakie wymagania odnośnie zaświadczeń od stomatologa o braku stanów zapalnych w jamie ustnej mają w Szpitalu im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi? – Zaświadczenie takie potrzebne jest do wszystkich zabiegów, w szczególności przy zabiegach wykonywanych na

## Najważniejsze jednostki chorobowe, które mogą mieć związek z zębopochodnymi ogniskami pierwotnymi w jamie ustnej:



- infekcyjne zapalenie wsierdzia i/lub mięśnia sercowego
- choroba wieńcowa, zawał
- udar mózgu
- zapalenie płuc
- POChP (zaostrzenie)
- osteoporoza
- reumatoidalne zapalenie stawów
- zakrzepowo-zatorowe zapalenie naczyń krwionośnych
- zapalenie kłębuszkowe nerek
- ropień przerzutowy w kanale kręgowym

źródło: „Podstawy chirurgii stomatologicznej" red. M. Dominiak, J. Zapała, T. Gedrange, 2013

## Sanacja jamy ustnej

**To uzdrowienie jamy ustnej, polegające m.in. na usunięciu kamienia nazębnego, pozostałości korzeniowych, wypełnieniu ubytków próchnicowych. Rozróżnia się:**

- **sanację bezwzględną, czyli radykalne usunięcie wszystkich zapalnych ognisk w jamie ustnej, która jest wykonana u pacjentów ze schorzeniami ogniskowymi lub podejrzeniem o nie;**
- **sanację względną, wykonaną u pacjentów ogólnie zdrowych, bez schorzeń ogniskowych.**

źródło: „Podstawy chirurgii stomatologicznej" red. M. Dominiak, J. Zapała, T. Gedrange, 2013

**56%**

**– w takim odsetku przypadków materiał z biofilmu w jamie ustnej i z blaszki miażdżycowej pobrany podczas zabiegu by-passów zawierał bakterie *Porphyromonas gingivalis*.**

zastawkach. Stany zapalne jamy ustnej mogą być przyczyną powikłań pooperacyjnych, szczególnie infekcyjnego zapalenia wsierdzia – informuje Emilia Walas-Frankiewicz, rzecznik prasowy tej placówki.

### DLACZEGO NIE SĄ OBLIGATORYJNE?

– Niestety, świadomość wciąż jest zbyt mała. To problem, o rozwiązanie którego walczę od wielu lat. Po raz pierwszy spotkałam się z nim kilka lat temu, kiedy 72 godziny po zawale mięśnia sercowego wykonywaliśmy badania u pacjentów kardiologicznych. W osłupienie wprawiało mnie, że chorzy odmawiali badania stanu zdrowia jamy ustnej. Osoba hospitalizowana ma w szpitalu wykonywane pewne badania obligatoryjnie, nikomu nawet nie przyjdzie do głowy, żeby nie wyrazić na nie zgody, ale kiedy przychodzi do pacjenta lekarz dentysta i prosi o otwarcie ust, bo chce zbadać stan zdrowia jamy ustnej, chory mówi, że się nie zgadza na badanie. I ma do tego prawo, jak poinformowali mnie profesorowie na poszczególnych oddziałach. Pacjenci odmawiali też leczenia, kiedy zapraszaliśmy ich do naszego zakładu. Świadomość wśród chorych jest niska. Jeśli więc lekarze nie wymagają od nich zaświadczeń od stomatologa, sami nie zadbają o sanację – komentuje prof. Renata Górska, kierownik Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM.

Jednocześnie przyznaje, że ostatnio pojawiło się też dużo dobrego w tej kwestii. – Okuliści nie wykonają zabiegu, jeśli nie mają zaświadczenia – zauważa. – Dodatni wskaźnik krwawienia dziąseł to sygnał, że mamy do czynienia z aktywną chorobą przyzębia, co oznacza permanentny wysiew bakterii przez uszkodzony nabłonek. Bakterie przedostają się do krwiobiegu. Niektóre bakterie posiadają na swojej powierzchni molekuły, co prowadzi do powstania mikrozakrzepów płytkowych, które w dalszej kolejności powodują powstanie zakrzepów przyściennych. Badania, które prowadziliśmy w naszym zakładzie, wykazały, że materiał z biofilmu w jamie ustnej i z blaszki miażdżycowej pobrany podczas zabiegu by-passów w 56 proc. przypadków zawierał bakterie *Porphyromonas gingivalis*. Kolejne badania dowodzą, że gram-ujemna bakteria beztlenowca znajduje się też w płynie mózgowo-rdzeniowym osób z chorobą Alzheimera – wyjaśnia prof. Górska.

– Kiedy w stomatologii przygotowujemy się do zabiegu chirurgicznego, zawsze musimy wykonać sanację, czyli usunąć wszystkie ogniska stanu zapalnego w jamie ustnej,

> **Stan zapalny w jamie ustnej może prowadzić do bakteriemii i wpływać na powstawanie zmian w narządach odległych.**

REKLAMA

które mogą wpływać na proces gojenia. Każda dziedzina zabiegowa powinna zadbać o to, żeby usunąć inne aktywne ogniska – nie tylko z jamy ustnej, ale z innych miejsc w organizmie, jak np. zapalenie zatok szczękowych. Tak też powinniśmy zwrócić uwagę na stany zapalne w jamie ustnej, gdzie mamy ogniska czynne, bierne, potencjalne, są też zmiany w przyzębiu, czyli ognisko otwarte, ale też zamknięte w postaci zgorzeli miazgi zębowej, czyli zmian okołowierzchołkowych – informuje prof. Dominiak.

### W GABINECIE

Pytam w jednym z warszawskich gabinetów stomatologicznych, czy pacjenci proszą o takie zaświadczenia. – Czasami. Są to najczęściej kobiety w ciąży, choć nie wszystkie, pacjenci kardiologiczni, ale także ci, którzy przygotowują się do operacji zaćmy. Bardzo rzadko proszą o taki dokument szykujący się do zabiegów ortopedycznych czy w ramach chirurgii naczyniowej. Nie wszystkim oczywiście takie zaświadczenie możemy wydać. Kiedy odmawiamy, bardzo źle reagują, często są niemili. Jako lekarze musimy być jednak odpowiedzialni i wiedzieć, gdzie możemy przystawić naszą pieczątkę – informuje Piotr Roszkiewicz, lekarz dentysta. – Jeśli chodzi o pacjentów onkologicznych, nie zdarzyła mi się taka prośba. To raczej ja prosiłem o informację od lekarza prowadzącego, czy np. nie ma przeciwwskazań do ekstrakcji u pacjentki, która kilka dni później miała być poddana chemioterapii. Nie wiedziałem, jaka będzie chemia, a co za tym idzie, jak będzie goiło się miejsce po wyrwanym zębie, czy i z jakiej grupy antybiotyk mogę podać. Lekarz odmówił wydania takiego zaświadczenia na piśmie. Jak przekazała mi pacjentka, powiedział, żeby stomatolog sam podjął decyzję co i jak robić – opowiada. – Było też kilka ciężarnych kobiet w trakcie leczenia stomatologicznego, z mocno zaniedbaną jamą ustną. Niestety doszło u nich do poronienia. Kiedy wyeliminowaliśmy wszystkie ogniska zapalne, a one zaszły w ciążę po raz kolejny, przebiegała ona już prawidłowo, urodziły zdrowe dzieci – zauważa doktor Roszkiewicz. Pytam, dlaczego tak ważna jest sanacja jamy ustnej? – Żeby wyeliminować potencjalne ryzyko chorobowe i zwiększyć szanse na powodzenie terapeutyczne – odpowiada.

### JAK ZMIENIĆ RZECZYWISTOŚĆ?

– Od lat bijemy na alarm. Wspólnie z prof. Hanną Gerber, z Katedry Chirurgii Szczękowo-Twarzowej UM we Wrocławiu, kiedy jeszcze pełniłyśmy funkcję konsultantów wojewódzkich w swoich dziedzinach, wysłałyśmy pismo do Centrum Onkologii we Wrocławiu z prośbą, aby pacjentów przed terapią bisfosfonianami i radioterapią koniecznie poddawać leczeniu stomatologicznemu i sanacji jamy ustnej. Niestety, nie było żadnego odzewu. W naszej klinice są obecnie otwarte dwa doktoraty, które mają pokazać, jak wykonanie sanacji wpływa na stan ogólny pacjenta – informuje prof. Marzena Dominiak.

Sprawa konieczności przedstawiania przez pacjentów zaświadczeń od lekarza dentysty nie zostanie uregulowana rozporządzeniem. – Być może trzeba z takim apelem zwrócić się bezpośrednio do konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny, żeby wydali rekomendacje w tym zakresie. Myślę, że wyłącznie poszerzanie wiedzy środowiska w tym obszarze może być skuteczne – wyjaśnia prezes PTS.

Obecnie prof. Dominiak współuczestniczy w pracach nad przygotowaniem nowej publikacji, jak przygotować pacjenta do zabiegu w dziesięciu działach medycyny. – Pracujemy nad nowym wydaniem podręcznika „Podstawy chirurgii stomatologicznej", w którym poruszamy aspekty specyfiki pacjentów z różnymi chorobami ogólnoustrojowymi w przypadku leczenia stomatologicznego oraz poszerzamy znacząco rozdział dotyczący sanacji jamy ustnej i przewlekłych procesów zapalnych (ognisk) wpływających na stan zdrowia ogólnego. Być może warto będzie taki podręcznik rekomendować jako zalecany do propedeutyki stomatologicznej, żeby zwrócić uwagę przyszłych lekarzy na problem. Edukacja przed- i podyplomowa z pewnością może coś zmienić na lepsze – podsumowuje. ■

## Jak jest na świecie

**Jak kwestia wymagania zaświadczeń o braku stanów zapalnych w jamie ustnej wygląda w innych krajach, zapytałam dr Annę Lellę, która przez ostatnie trzy lata kierowała pracami European Regional Organization of the FDI World Dental Federation (ERO FDI).**

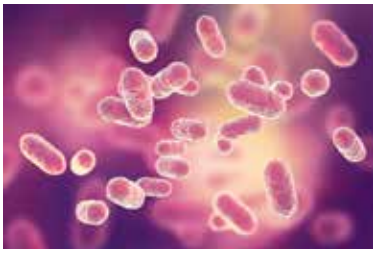
– Pytanie zostało ocenione przez moich kolegów i koleżanki z innych krajów jako trudne, ale bardzo ciekawe. Kto wie, być może w przyszłości pokusimy się o jakieś szersze badania na temat tego, czy w poszczególnych krajach lekarze wymagają, by pacjenci przed planowanymi zabiegami przedstawiali zaświadczenie od stomatologa o braku stanów zapalnych w jamie ustnej. Większość moich rozmówców, odpowiadając na to pytanie, nie potrafiła określić, czym taki wymóg podyktowany jest w ich kraju w jakiś formalny sposób, ale opowiedzieli o swoich doświadczeniach z praktyki zawodowej. Posiadania zaświadczenia o sanacji jamy ustnej na pewno pilnuje się w Austrii, szczególnie przed zabiegami kardiologicznymi. W Portugalii również. Tam sami pacjenci przychodzą do lekarza dentysty, by do zabiegu chirurgicznego przygotować się także od strony stomatologicznej. Z kolei w Holandii wszystko zależy od lekarza operatora, od tego, czy jest „porządny i uświadomiony" – jak skomentował jeden z kolegów pracujących w tym kraju. Innymi słowy, gdy lekarz wie, że brak stanów zapalnych w jamie ustnej jest ważny, wdraża obyczaj przedstawiania zaświadczeń. Także w Estonii i Bułgarii pacjenci proszeni są o dostarczenie takich dokumentów. Myślę, że w Polsce świadomość w tym zakresie również rośnie. Widzę to w swojej praktyce. Coraz więcej osób prosi mnie o takie zaświadczenia – najczęściej są wymagane przez okulistów i reumatologów – komentuje dr Lella.

STOMATOLOGIA

# Bakterie w skrzepach mózgowych

**Naukowcy z Uniwersytetu Tampere w Finlandii przeanalizowali próbki skrzepów mózgowych od 75 osób z ostrym udarem niedokrwiennym. To pierwsze badanie pokazujące obecność paciorkowców zieleniejących w zakrzepach u pacjentów z ostrym udarem niedokrwiennym.**

Pacjenci przeszli trombektomię. Kiedy naukowcy przeanalizowali pobrane próbki krwi, okazało się, że w 79 proc. z nich są bakterie pochodzące



z jamy ustnej. Za pomocą ilościowej reakcji łańcuchowej polimerazy oznaczono w próbkach obecność gatunków *Streptococcus*, głównie grupy *Streptococcus mitis*, należących do paciorkowców zieleniejących, jak również *Porphyromonas gingivalis* i *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*.

Jak pokazały badania naukowców z Uniwersytetu Tampere, powtarzająca się przejściowa bakteriemia może zatrzymywać patogeny w blaszkach miażdżycowych i sprzyjać ich pękaniu. Dlatego w regularnej profilaktyce ostrego udaru niedokrwiennego należy podkreślać regularną opiekę stomatologiczną i dbałość o stan zdrowia jamy ustnej. ■

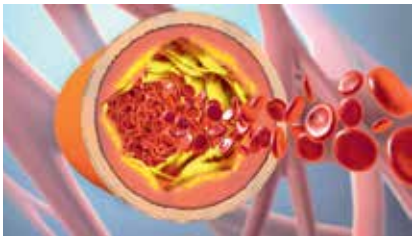
# Orzeł Periodontologii: pamiętamy, dziękujemy

**Polskie Towarzystwo Periodontologiczne 9 maja wręczyło prestiżowe statuetki „Orzeł Periodontologii" zasłużonym ekspertom i nauczycielom, dzięki którym kolejne pokolenia ich wychowanków wykorzystują przekazaną wiedzę dla dobra innych.**

Laudacje wyróżnionych laureatów wygłosili ich uczniowie, obecnie sami już będący doktorami habilitowanymi czy profesorami. Statuetki otrzymali prof. Jadwiga Banach (Szczecin), prof. Jadwiga Sadlak-Nowicka (Gdańsk), prof. Maria Chomyszyn-Gajewska (Kraków), prof. Wanda Stokowska (Białystok) oraz prof. Marek Ziętek (Wrocław). Wyróżnienia te wręczyła prezydent PTP prof. Renata Górska. Gospodarzami konferencji byli prof. Małgorzata Radwan-Oczko i prof. Tomasz Konopka.

W tym samym czasie Polskie Towarzystwo Periodontologiczne oraz Sekcja Periodontologii Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego zorganizowały we Wrocławiu międzynarodową konferencję naukową „Holistyczny wymiar patologii jamy ustnej". Poprzedziła ją debata „Co nas boli w stomatologii" odbywająca się w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, podczas posiedzenia Komisji Stomatologicznej i Prezydium DRL. ■

# Miażdżyca z dzieciństwa



**Częste zakażenia jamy ustnej w dzieciństwie mogą zwiększać ryzyko miażdżycy w wieku dorosłym – takie wnioski płyną z 27-letnich badań, które przeprowadzili Finowie.**

– Obserwacja jest nowa, ponieważ nie ma wcześniejszych badań kontrolnych dotyczących infekcji jamy ustnej u dzieci i ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w wieku dorosłym – mówi doc. Pirkko Pussinen z Uniwersytetu w Helsinkach. Jak zaobserwowali naukowcy, zarówno próchnica, jak i choroby przyzębia w dzieciństwie były istotnie związane z grubością błony środkowej tętnicy szyjnej w wieku dorosłym. ■

ŹRÓDŁO: AHAJOURNALS.ORG; MEDICALXPRESS.COM; MATERIAŁY WŁASNE FOTO: SHUTTERSTOCK.COM; ARCHIWUM PRYWATNE

STOMATOLOGIA – GŁOS CZYTELNICZKI

# *Jak pomóc młodym lekarzom?*

**Chciałabym odnieść się do krótkiej noty zamieszczonej w ostatnim numerze „GL", która dotyczy ankiety PTS, cytuję: „Lekarze dentyści to grupa zawodowa szczególnie predysponowana do ulegania wypaleniu zawodowemu (...) wśród osób w coraz młodszym wieku".**

Biorąc pod uwagę, że sama jestem młodą dentystką, chciałabym podjąć ten temat. Prowadzono wiele badań dotyczących obciążeń psychofizycznych w pracy lekarza dentysty. I o ile jako takie wypalenie nie dziwi u doświadczonych Kolegów, o tyle przytoczony fragment badań może zastanawiać. To, jak trudną pracą jest zawód dentysty, może potwierdzić tylko dentysta. Bardzo chciałabym, aby młodzi adepci tej sztuki już na starcie wiedzieli, z czym przyjdzie im się zmierzyć i jak wygląda praca od podszewki. Być może byliby w stanie wkroczyć w ten czas z rezerwą i nastawieniem, które oszczędziłyby im wielu trosk i stanów, które szybko prowadzą do wypalenia.

**Statystycznie, wśród nas, lekarzy, jest dużo więcej perfekcjonistów niż przeciętnie. Jest to cecha, z którą trudno żyć i która sprawia, że sukcesy nie cieszą, a są racjonalizowane.**

Statystycznie, wśród nas, lekarzy, jest dużo więcej perfekcjonistów niż przeciętnie. Jest to cecha, z którą trudno żyć i która sprawia, że sukcesy nie cieszą, a są racjonalizowane. Natomiast porażki sprowadzane są do rangi katastrofy. W kołowrotku myśli pojawia się sznur haseł: „nie nadaję się", „to nie dla mnie", „mogłem to zrobić lepiej", „jestem do niczego". Żyjemy w trudnych czasach, gdzie nie mówi się otwarcie o porażkach czy powikłaniach, przez co ich skala jest zaniżona. Młody lekarz zwykle tych potknięć będzie miał na początku więcej, co w zestawieniu z magicznym światem stomatologii w social mediach prowadzi wprost na mentalną szubienicę. Już na studiach uczono perfekcjonizmu. Z jednej strony dobrze, bo od początku ćwiczyło się dokładność i dopieszczanie efektu końcowego. Z drugiej źle, bo przechodząc ten proces, student jest nastawiony tylko na sukcesy. O porażkach mówiło się w formie nagany – „coś nie wyszło", „ktoś spartolił". Od początku student jak ognia boi się jakichkolwiek powikłań, o błędach nie wspominając.

I co robi, gdy w dopiero co rozpoczętej pracy zawodowej przytrafią mu się porażki? Są dwie opcje: jeśli pracuje pod okiem mądrego lekarza, ten wytłumaczy mu, że takie sytuacje się po prostu zdarzają i świat się nie kończy. Nie każde powikłanie jest błędem i nie wszystko musi wynikać z niedopatrzenia. Stomatologia to też medycyna – nie wszystko jesteśmy w stanie kontrolować, pracując na organizmie żywym, mając do dyspozycji instrumentarium, które też bywa zawodne. Druga opcja: gdy nie ma akceptacji w swoim środowisku i w samym sobie, zaczyna to ukrywać. Uruchamia się w nim prosty mechanizm wypierania. Gdy porażki utożsamia ze swoją nieudolnością, musi opracować w sobie mechanizm obronny, który nie przytłoczy jego świeżego umysłu. I stąd tak wiele powikłań „niedoinformowanych".

W stomatologii, podobnie jak w innych dziedzinach zabiegowych, operator jest tym skuteczniejszy, im ma większą wprawę i doświadczenie – jeden osiągnie to szybciej, drugiemu zajmie to więcej, jednak zawsze potrzebny jest czas wypracowany. Tu nie wystarczy tylko wiedza akademicka, szkoleniowa. Potrzebny jest kontakt kliniczny.

Wypalenie u doświadczonych lekarzy wynika prawie zawsze ze znudzenia, monotonii i braku wyzwań. Ostatnio od doświadczonej pedodontki usłyszałam, że znudziła ją praca z dziećmi. Dzieci współpracujące nie są już dla niej żadnym wyzwaniem. Ona lubi podejmować się pracy z tymi niewspółpracującymi. Co, stawiając w opozycji do młodych adeptów, stanowi problem innej wagi. Młodzi nie podejmują ryzyka, bo boją się porażki. Doświadczeni – lubią ryzyko, bo ich praca jest już na tyle ustabilizowana i przewidywalna, że są w stanie przewidzieć porażki lub w ogóle im zapobiegać, więc nie stanowią dla nich obciążenia.

Jak pomóc młodym dentystom? Czy ktoś w ogóle chce im pomagać? Na rynku pracy lekarz lekarzowi wilkiem, ale... nie wszędzie i nie zawsze. Warto szukać mentoringu. Osób, które są gotowe doradzić, nie krytykować, poświęcić chwilę na omówienie problemu. Sama staram się zgłaszać do takich osób, gdy mam problem i wiem, że mi nie odmówią. Czy jest to solidarność? Czy może empatia i pamięć o tym, że każdy się kiedyś uczył, a nie każdy chce służyć radą? Jedno wiem na pewno – trzeba sobie pomagać i ja będę to robiła, gdy tylko będę mogła. Tylko my wiemy, jak trudną drogę należy przejść, żeby swoje życie zawodowe można było nazwać stabilnym, więc dlaczego nie ułatwić tego innym? Czasem wystarczy tylko dobre słowo, zachęta. Bo umiejętności i tak każdy musi w sobie wypracować indywidualnie. Wszyscy żyjemy w jednym kotle, leczymy tych samych ludzi – dlaczego by nie podnieść standardu i leczyć na lepszym poziomie? Wspierajmy się nawzajem. A ci mniej altruistyczni, a bardziej przedsiębiorczy, może zrozumieją to poprzez fakt, że i oni kiedyś potrzebowali pomocy, albo ten dzień jeszcze nadejdzie i w myśl zasady, że „karma wraca", warto sobie pomagać? ■

*Anna Jasionowska*
*lekarz dentysta*

LEK I LDEK 2019

# Najlepsi w sesji wiosennej

Wiemy już, kto w tegorocznej sesji wiosennej najlepiej zdał Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy. Z **Martą Góral** (najlepiej zdany LEK) oraz z **Alicją Musierowicz** (najlepszy wynik LDEK) rozmawia **Lucyna Krysiak**.

MARTA GÓRAL

**Co decyduje o wyniku egzaminu – tylko wiedza czy trzeba mieć trochę szczęścia?**

Na szczęście raczej bym nie liczyła. Postawiłabym na wiedzę i samodyscyplinę. To było moje drugie podejście do Lekarskiego Egzaminu Końcowego. W sesji jesiennej przystąpiłam do testów z marszu, nie przygotowując się. Zaliczyłam, ale nie na poziomie, na jakim bym sobie życzyła. Chciałam jednak sprawdzić, ile zostało mi w pamięci po ukończeniu studiów (na studiach miałam bardzo wysoką średnią) i osiągnęłam swój cel. W sesji wiosennej intensywnie uczyłam się i wynik był o wiele lepszy. Okazało się, że najlepszy (172 punkty).

**W drugim podejściu było łatwiej?**

Przeciwnie, stopień trudności w sesji wiosennej był zdecydowanie wyższy. We wszystkich specjalnościach lekarskich zdarzały się pytania problematyczne. Niektóre były bardzo szczegółowe, np. te dotyczące podania liczb, inne wymagały głębokiej analizy treści, gdyż pasowało kilka odpowiedzi i trzeba było pomyśleć, by móc wybrać właściwą. Nie jestem jednak zwolenniczką obniżania poziomu tego egzaminu, ponieważ jego rezultat jest kryterium przyjmowania na specjalizację. Najlepiej zdany LEK daje mi możliwość wyboru specjalizacji i miejsca, gdzie chcę odbywać szkolenie.

**Czy już pani wybrała?**

Rozważałam różne opcje, dotyczyły one co najmniej kilku specjalności, m.in. okulistyki i diagnostyki obrazowej. W rezultacie zdecydowałam się na radiologię. Zawsze byłam zainteresowana dziedzinami o wąskim zakresie, a radiologia mieści się w tym kanonie. Jednocześnie szybko się rozwija i stwarza duże możliwości zatrudnienia. ■

ALICJA MUSIEROWICZ

**To było pani drugie podejście do egzaminu. Czy coś wcześniej poszło nie tak?**

Zdecydowałam się zdawać ponownie, ponieważ za pierwszym razem liczba punktów, które uzyskałam, wprawdzie wystarczyła do zaliczenia egzaminu, ale była zbyt mała, aby mnie satysfakcjonowała. Wiedziałam, że stać mnie na więcej, nie sądziłam jednak, że drugie podejście zakończy się takim sukcesem (171 punktów).

**Było trudno?**

Jakoś szczególnie nie przygotowywałam się do testu, postawiłam na systematyczną pracę w czasie 5 lat studiów i to zaprocentowało. Inspirowali mnie też moi rodzice lekarze, którzy zaszczepili we mnie potrzebę samodzielnego zdobywania wiedzy poza programem studiów. Przez całe studia zdajemy egzaminy testowe, nie było więc zaskoczenia. Wiele też nauczyłam się podczas stażu podyplomowego, który właśnie odbywam, co pozwoliło mi skonfrontować teorię z praktyką. Najbardziej ufam jednak powtórkom, które ugruntowują zdobytą wiedzę.

**Co dalej?**

Jeszcze nie zdecydowałam się na konkretną specjalizację, ale wiem, że najlepiej zdany LDEK daje mi swobodę manewru. W stomatologii jest mało miejsc rezydenckich. To problem, o którym mówi się od dawna. Obecnie toczy się dyskusja na ten temat, pojawiły się nawet głosy, aby wprowadzić specjalizacje płatne, ale ten pomysł nie zyskał poparcia wśród większości młodych lekarzy. Mamy dużą konkurencję, rynek jest wymagający, a specjalizacja z pewnością ułatwia wkroczenie na ścieżkę kariery zawodowej. ■

FOTO: MARIUSZ TOMCZAK

ASYSTENCI LEKARZY

# Rodzi się nowa medyczna profesja

Asystenci lekarzy coraz częściej wkraczają na oddziały i sale operacyjne.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

**W obec rosnącego zapotrzebowania na wysokospecjalistyczne operacje, np. transplantacje, zabiegi kardiologiczne, naczyniowe, torakochirurgiczne, ortopedyczne, onkologiczne oraz deficyty kadrowe w tych oddziałach, na sale operacyjne wprowadza się asystentów lekarzy, którzy mają odciążyć w pracy chirurgów, wykonując niektóre czynności medyczne.**

Takie rozwiązania sprawdziły się np. w USA, Kanadzie, Holandii i Szkocji. Pozwalają lepiej wykorzystać cenny czas lekarza i jego wysokie kwalifikacje, a także – z ekonomicznego punktu widzenia – zaoszczędzić na etatach. Wzorem tych państw, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu także posiłkuje się asystentami lekarza. Niestety, wciąż w polskim systemie ochrony zdrowia nie jest to zawód wpisany do rejestru. Asystenci są więc przeważnie z wykształcenia ratownikami medycznymi ŚUM, legitymującymi się licencjatem. Po odpowiednim przeszkoleniu i przygotowaniu do zadań wykonywanych w oddziałach i na salach operacyjnych stają się przedstawicielami nowej profesji.

## WYŁĄCZNIE POD NADZOREM LEKARZA

Śląscy kardiochirurdzy, odbywając szkolenia za granicą, mieli bezpośredni kontakt z pracą asystentów lekarzy. – Jest nas za mało, szczególnie kardiochirurgów, pomoc w postaci asystenta jest więc nieoceniona – przekonuje doc. Michał Zembala z Oddziału Klinicznego Kardiochirurgii i Transplantologii w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu i jako przykład podaje oddział, w którym przechodził szkolenie w USA, gdzie na 5 wysoko wyspecjalizowanych lekarzy przypadało 10 rezydentów i 20 asystentów lekarzy. Stanowili oni pomost między pielęgniarką i lekarzem. – Ich zadaniem było asystowanie do zabiegu (usuwanie drenów, cewników, szwów, intubacja), jednym słowem, przeprowadzanie czynności określanych mianem para lekarskich – tłumaczy doc. Zembala. Nie wymagano od nich studiów medycznych, ale ukończenia szkół przystosowania medycznego. Taki asystent jest zawsze przypisany do lekarza, który ponosi pełną odpowiedzialność za jego pracę. Staje się on częścią jego zespołu. Razem z chirurgiem otwiera pacjenta do operacji, zamyka, szyje rany, pobiera materiał do pomostowania aortalno-wieńcowego, opiekuje się pacjentem przed i po operacji, a więc wykonuje czynności przypisane lekarzowi. – Na sali operacyjnej są ściśle określone procedury, każdy musi wiedzieć, co do niego należy i w pełni wywiązać się ze swojej roli, tak jest również z asystentem lekarza – zaznacza Karol Froń, asystent pracujący na bloku operacyjnym SCCS.

5/10/20

**W USA, gdzie doc. Michał Zembala odbywał szkolenie, na 5 wysoko wyspecjalizowanych lekarzy przypadało 10 rezydentów i 20 asystentów lekarzy.**

**“**

**Jest nadzieja, że wkrótce przy stołach operacyjnych w całym kraju oprócz lekarzy i pielęgniarek staną także asystenci lekarza.**

## ŚWIETNIE SOBIE RADZĄ

W Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu pilotażowo pracuje kilku asystentów lekarzy, a w perspektywie ma być ich więcej. Z wykształcenia są ratownikami medycznymi. – System wykształcił rzeszę osób przygotowanych do pracy w pogotowiu, ale tylko nieliczni znaleźli tam zatrudnienie, aby więc nie marnować włożonego wysiłku dydaktycznego, potencjału i zapału, absolwentów tych studiów można przysposabiać do wykonywania pracy asystentów lekarzy, a praktyka potwierdza, że ten kierunek jest słuszny – uważa doc. Zembala i dodaje, że studia, które kończą ratownicy, są w tym wypadku bardzo cenne. Nie ma też konfliktu prawnego, ponieważ ustawa o zawodzie ratowników medycznych pozwala im na pracę w szpitalach.

Jacek Waszak jest jednym z asystentów, którzy już kilka lat pracują na kardiochirurgii śląskiej placówki i jednocześnie jest koordynatorem pacjentów z mechanicznym wspomaganiem krążenia. Uczy ich, jak obsługiwać sztuczne serce, a z jego wiedzy korzystają inne ośrodki. Funkcję asysty łączy więc z funkcją edukatora. – To nie jest łatwa praca, oprócz teoretycznych i praktycznych zasad wykonywania wielu czynności medycznych od asystentów lekarzy wymaga się otwartości na ciągłe kształcenie i dostosowywanie umiejętności do potrzeb oddziału. Spośród osób starających się o tę pracę pozostało więc zaledwie kilka – zaznacza Jacek Waszak. Zauważa, że szkolenia w sposób naturalny wyłoniły różne odłamy zawodu asystenta lekarza – związany z chirurgią, oddziałem naczyniowym, koordynacją mechanicznego wspomagania krążenia etc.

## NA WAGĘ ZŁOTA

Dr n. med. Ryszard Walas, ordynator Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu mówi, że w jego oddziale, który istnieje od 4 lat i jest najmniejszym w strukturach szpitala, brakuje lekarzy i każde wykwalifikowane ręce do pracy są na wagę złota. – Nasz asystent Marcin Chrapek pracuje nie tylko na bloku operacyjnym, ale zajmuje się pacjentem od chwili przyjęcia do chwili wypisu i został specjalnie przeszkolony pod tym kątem – podkreśla dr Walas. Kiedy jako ratownik nie dostał pracy w swoim zawodzie, przez 10 miesięcy pracował na wolontariacie –najpierw na bloku operacyjnym, później w oddziale chirurgii naczyniowej i endowaskularnej, szkoląc się i zdobywając doświadczenie. – To była dla mnie prawdziwa szkoła życia i nie tylko chodzi o nabycie umiejętności, ale organizację pracy w oddziale, gdzie od personelu medycznego wymaga się współdziałania i maksymalnego zaangażowania – mówi Marcin Chrapek. Jako asystent lekarza nie jest przypisany do konkretnego chirurga, ale do całego oddziału, jest więc wszędzie tam, gdzie jest w tym momencie potrzebny. Asystuje temu chirurgowi, który jest w grafiku operacji. Pomaga też na izbie przyjęć w kwalifikowaniu chorych do zabiegu i wyjaśnia im i ich rodzinom jego istotę. – To dość rozległy zakres kompetencji i działań, ale nasz oddział jest specyficzny i ma specyficzne potrzeby, w których realizację asystent lekarza musi był włączony na równi z innymi członkami zespołu, musi być dyspozycyjny i zaangażowany – konkluduje dr Walas.

## KIERUNEK JEST DOBRY

Można więc mieć nadzieję, że wkrótce przy stołach operacyjnych w całym kraju oprócz lekarzy i pielęgniarek staną także asystenci lekarza. Zainteresowanie ich kształceniem i przysposabianiem do nowego zawodu jest coraz większe. Projekt zyskał poparcie w środowisku medycznym, Ministerstwie Zdrowia i Instytucie Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Na czerwiec zaplanowano w Zabrzu i w Warszawie konferencje, na których uczelnia przedstawi wytyczne dotyczące zakresu kształcenia na kierunku: asystent lekarza. Dyrektor IZWOZ Małgorzata Gałązka-Sobotka zastrzega jednak, że aby wprowadzić taki wzorzec, będą niezbędne zmiany w prawie. Inicjatywę Śląskiego Centrum Chorób Serca poparła także Śląska Izba Lekarska, która zadeklarowała, że wspólnie ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach podejmie działania zmierzające do utworzenia kolejnej grupy zawodowej na polskim rynku pracy. – Średnia wieku lekarzy w specjalizacjach zabiegowych wynosi około 60 lat. Coraz bardziej cierpimy na niedobór kadr i stworzenie zawodu asystenta lekarza wydaje się być zasadne – podkreśla Tadeusz Urban, prezes ŚIL i zaznacza, że samorząd lekarski chce uczestniczyć kształceniu asystentów lekarzy i sprawować pieczę nad poziomem tego kształcenia. ■

ANKIETA

# Co po stażu?

Uczelnia medyczna to pierwszy krok do zawodu lekarza. Po kilku latach żmudnej nauki nadchodzi czas wybrania tej jedynej dziedziny, w której będziemy się specjalizować. Czym młodzi lekarze kierują się, wybierając konkretną specjalizację?

TEKST **KATARZYNA BOGUSZEWSKA**,
członek Koła Młodego Lekarza OIL w Łodzi

**W październiku 2018 r. przeprowadzono ankietą dotyczącą wyboru specjalizacji, w której wzięło udział 530 absolwentów studiów medycznych. Ankietę przygotowałam w celu prezentacji zebranych wyników na spotkaniu młodych lekarzy pt. „Staż i co dalej?" w ramach Koła Młodego Lekarza i Lekarza Dentysty OIL w Łodzi.**

W badaniu wzięli udział absolwenci uniwersytetów medycznych: w Łodzi (158 osób), Białymstoku (63), Katowicach (62), Warszawie (42), Krakowie (39), Gdańsku (30), Lublinie (26), Wrocławiu (24), Poznaniu (18), Zabrzu (18), Bydgoszczy (15), Szczecinie (14), Lwowie (3), Olsztynie (3). Ankietowani odpowiedzieli w sumie na 29 pytań dotyczących momentu wyboru specjalizacji, wpływu wyniku LEK oraz osobistych priorytetów przy podejmowaniu decyzji. Aby ankieta była kompaktowa, możliwa do wypełnienia w ciągu około 5 minut, zawarto w niej głównie pytania jednostronne, których niezaznaczenie miało sugerować odpowiedź przeciwstawną. Co się okazało?

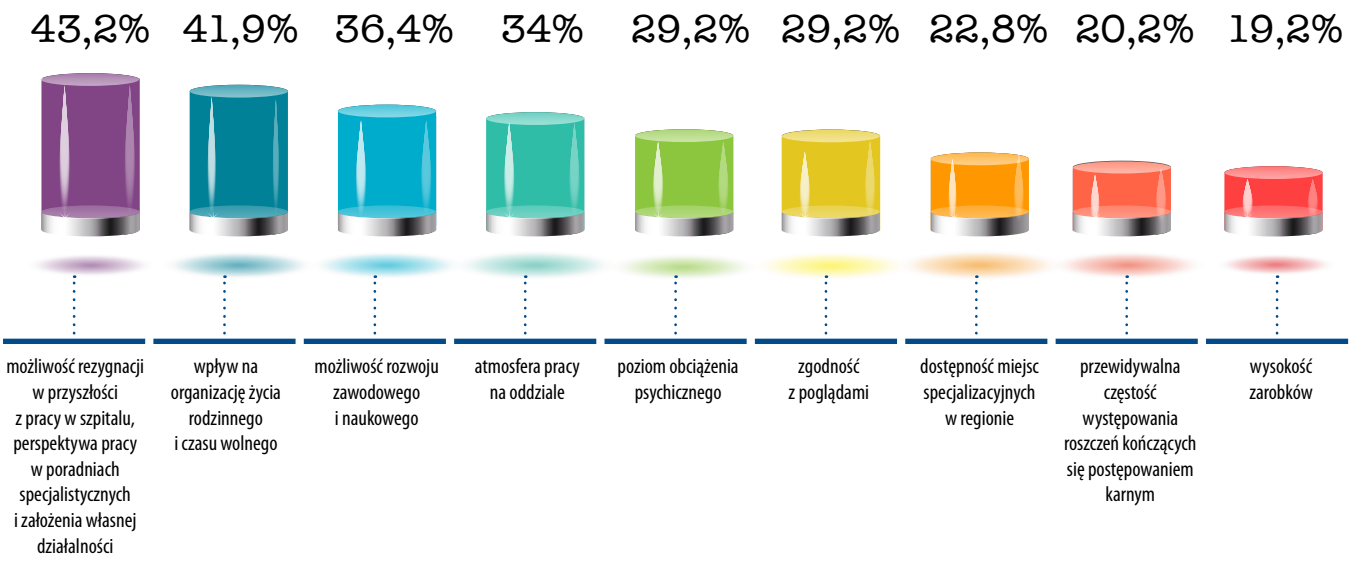
**Ponad połowa biorących udział w ankiecie (56,2%) odpowiedziała, że wynik LEK nie miał wpływu na to, jaką specjalizację wybrali.**

## MĄDRZEJSZY PO STAŻU

35,8% ankietowanych zdecydowało się na wybór specjalizacji dopiero po zakończeniu stażu, jedynie 24,3% zadeklarowało, że wybrało specjalizację na początku studiów i utrzymało swój wybór. Około jedna czwarta badanych odpowiedziała, że staż podyplomowy zmienił ich decyzję. Nieco ponad jedna piąta młodych lekarzy (22,8%) zdecydowała się na wybór specjalizacji

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

## Co jest ważne przy wyborze specjalizacji?




dopiero w momencie ukazania się listy miejsc szkoleniowych.

### LEK BEZ ZNACZENIA

Ponad połowa biorących udział w ankiecie (56,2%) odpowiedziała, że wynik LEK nie miał wpływu na podjętą przez nich decyzję. Dostępność miejsc specjalizacyjnych w regionie była istotna dla 22,8% ankietowanych, przy czym 6,9% osób zmieniło decyzję ze względu na brak dostępnych miejsc specjalizacyjnych w swoim regionie. 20,9% badanych wzięło pod uwagę możliwość zmiany miejsca zamieszkania, przy czym 13,4% ostatecznie podjęło taką decyzję. Niemal połowa (45,7%) osób nie znała oddziału, na którym podjęła zatrudnienie. Możliwość zmiany ośrodka odbywania specjalizacji i dalszej pracy w innym miejscu lub mieście, o innym stopniu referencyjności, była rozważana przez 10,6% badanych.

### CO MA NAJWIĘKSZY WPŁYW NA DECYZJĘ?

Biorąc pod uwagę priorytety ankietowanych przy wyborze specjalizacji, najwięcej osób (43,2%) wskazało na możliwość rezygnacji w przyszłości z pracy w szpitalu, perspektywę pracy w poradniach specjalistycznych i założenia własnej działalności. Nieco mniej badanych (41,9%) kierowało się wpływem na organizację swojego życia rodzinnego i czasu wolnego. Możliwość rozwoju zawodowego i naukowego była istotna dla 36,4% uczestników ankiety, a atmosfera pracy na danym oddziale – dla 34%. W dalszej kolejności należy wymienić poziom obciążenia psychicznego związanego z pracą w danej dziedzinie (29,2%), zgodność z poglądami (29,2%), uwarunkowania zdrowotne (25,8%), a także przewidywalna częstość występowania roszczeń kończących się postępowaniem karnym (20,2%). 19,2% ankietowanych przy wyborze specjalizacji kierowało się wysokością zarobków, 10,9% zwróciło szczególną uwagę na specjalizacje priorytetowe umieszczone na liście ministra zdrowia. 20,6% odpowiedziało, że rozważało między specjalizacją zabiegową a niezabiegową.

W tym punkcie warto wymienić specjalizacje zaliczane do zabiegowych: chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, kardiochirurgia, torakochirurgia, neurochirurgia, chirurgia onkologiczna, chirurgia plastyczna, chirurgia naczyniowa, chirurgia szczękowo-twarzowa. Wśród specjalizacji zabiegowych wymienić należy również anestezjologię i intensywną terapię oraz neonatologię, kardiologię interwencyjną, radiologię zabiegową, urologię, ginekologię, laryngologię, okulistykę i ortopedię.

19,1% osób odpowiedziało, że wybór docelowej grupy wiekowej leczonych pacjentów miał dla nich duże znaczenie, kolejnych 17,9% osób stwierdziło, że grupa wiekowa nie miała wpływu na ich decyzję o wyborze specjalizacji.

Standardowy przebieg dyżurów w wybieranej dziedzinie (zwłaszcza noce) miał znaczenie w przypadku 17,7% osób. Dodatkowo zakres procedur wykonywanych w trybie dyżurowym oraz waga podejmowanych wówczas samodzielnych decyzji miała znaczenie przy podejmowaniu decyzji o specjalizacji dla 16,2% biorących udział w ankiecie.

**35,8%**

**– tylu ankietowanych zdecydowało się na wybór specjalizacji dopiero po zakończeniu stażu.**

**CO ROBIĆ, GDY ZA PIERWSZYM RAZEM NIE WYSZŁO?**

Z dołączonych do ankiety komentarzy wynika, że często decyzja podjęta wtórnie (np. przez brak miejsc) jest nietrafiona, a pomysłem młodych lekarzy na uchronienie się przed nieudanym wyborem jest rozpoczęcie specjalizacji poza granicami kraju, specjalizacja w ramach tzw. wolontariatu lub odłożenie decyzji do kolejnej rekrutacji. Przed ostateczną decyzją ankietowani radzą zrobić tzw. wywiad środowiskowy, ocenić możliwości pojawienia się nowych miejsc szkoleniowych w najbliższym rozdaniu bądź zwolnienia miejsca przez starszych kolegów na podstawie tego, ile osób jest aktualnie na ostatnim roku specjalizacji i w ciągu najbliższych miesięcy podejdzie do PES-u i czy zgłoszono zapotrzebowanie na miejsca specjalizacyjne w urzędzie wojewódzkim.

**24,3%**

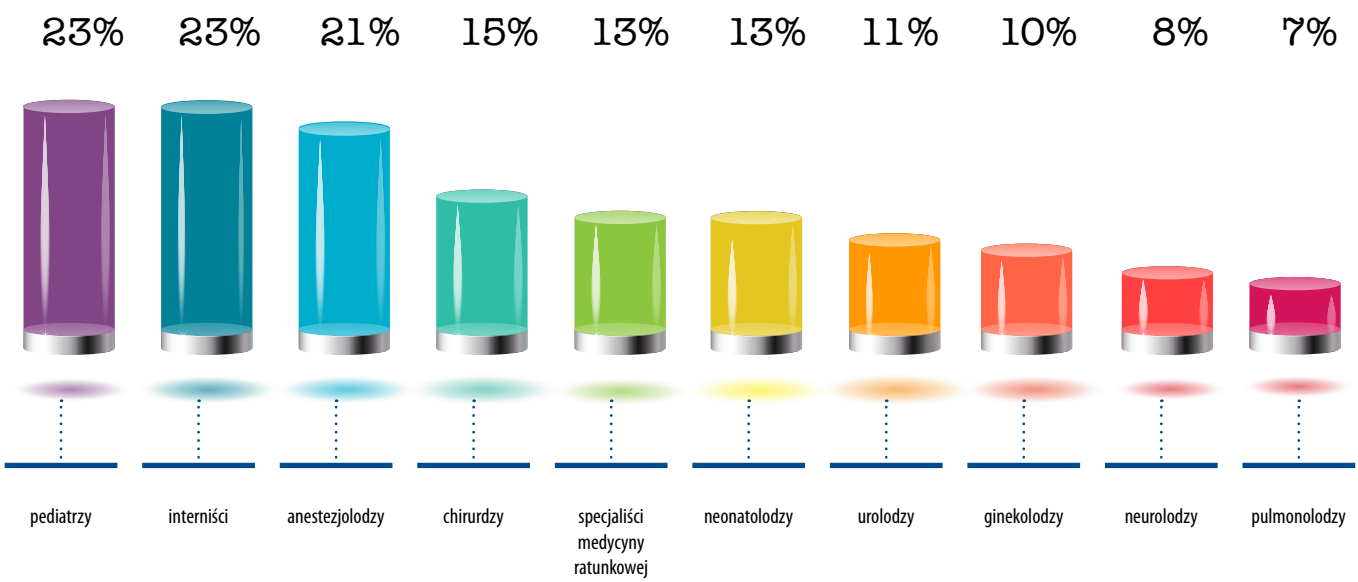
**– tylu ankietowanych wybrało specjalizację na początku studiów i utrzymało swój wybór.**

> **Człowiek na początku studiów medycznych i młody lekarz z dyplomem w ręku mają często inne priorytety.**

Istotną informacją jest też, jakie są trendy zmian organizacji zatrudnienia i remodernizacji ośrodków.

Podsumowując, człowiek na początku studiów medycznych i młody lekarz z dyplomem w ręku mają często inne priorytety. Obecnie przy wyborze specjalizacji przez młodego lekarza decydujący wpływ ma perspektywa rezygnacji z pracy w szpitalu i rozpoczęcie samodzielnej praktyki w poradniach i gabinetach lekarskich oraz to, jak specjalizacja wpłynie na życie rodzinne i czas wolny, w mniejszym stopniu perspektywa rozwoju kariery i wysokość zarobków. Ankieta ta ukazuje, że po latach nauki i praktyki lekarze mają dylemat, jak pogodzić pasję do ratowania ludzkiego zdrowia z życiem rodzinnym. Młodzi lekarze dążą do tego, by uczynić pracę lekarza efektywną na tyle, by być dobrym specjalistą, ale też znaleźć czas na rozwój osobisty, co w ogólnym rozrachunku świadczy o rosnącej odpowiedzialności młodych ludzi, ponieważ ścieżka kariery nierozerwalnie łączy się z drogą życia prywatnego. ■

## Najbardziej pożądani specjaliści (dane w proc. o odsetku szpitali mających problem z zatrudnieniem lekarzy z konkretną specjalizacją)




źródło: Raport Manpower Life Science „Niedobór talentów w branży medycznej". Badanie objęło 71 szpitali z całej Polski, zrzeszonych w Polskiej Federacji Szpitali. Dane zbierano w okresie 31.01.2019–26.02.2019 metodą jakościową z wykorzystaniem ankiety.

NIEPOŻĄDANE ZDARZENIA MEDYCZNE

# 13 powodów...

## by depenalizować zawód lekarza

Tytuł jawnie nawiązuje do poruszającego serialu Netflixa. Co ma wspólnego z systemem ochrony zdrowia w Polsce?

TEKST **PIOTR PAWLISZAK**, PRZEWODNICZĄCY ZESPOŁU DS. REFORMY SYSTEMU ZGŁASZANIA I REJESTROWANIA ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH I SZKÓD W OCHRONIE ZDROWIA

**Nie doceniamy znaczenia relacji międzyludzkich w życiu zawodowym, a wsparcie instytucjonalne kuleje (w aspekcie legislacyjnym, organizacyjnym, finansowym i psychologicznym). W tle majaczy widmo tragicznego końca, wynikające z uporczywego ignorowania przez rządzących objawów ostrzegawczych.**

### 1. 747

W dużej analizie retrospektywnej (USA, 37 mln rekordów) oszacowano częstość zdarzeń niepożądanych na 3,1% hospitalizacji. Hospitalizacje zakończone możliwym do uniknięcia zgonem stanowiły 0,71%. Przeliczono to na ok. 251 tys. zgonów rocznie w następstwie zdarzeń medycznych, co daje trzecie miejsce wśród przyczyn umieralności w USA. Prof. Pronovost z JHU, odnosząc się do tych danych, powiedział w Senacie USA: „Z tych liczb wynika, że każdego dnia rozbijają się dwa [Boeingi] 747. [...] Żadnemu innemu środowisku nie pozwolilibyśmy tak nonszalancko obchodzić się z ludzkim życiem". Dane UE pokazują, że zdarzenia medyczne dotyczą 8-12% hospitalizacji. Przyjmując jednak optymistyczny wariant (0,71%), w Polsce w 2017 r. mogło z tego powodu umrzeć ok. 55 tys. osób – również byłaby to trzecia, co do częstości występowania, przyczyna zgonów.

### 2. SYSTEM

Według Niżankowskiego, „do 90% zdarzeń niepożądanych dochodzi w wyniku błędnego planowania, złej organizacji lub wad trybu świadczenia usług medycznych. A zatem to systemy należy korygować [...]". Według WHO (2002) około 75% zdarzeń medycznych wynika z ukrytych błędów tkwiących głęboko w systemie. Czy można wyeliminować te błędy? Nie, póki występuje czynnik ludzki. Jako gatunek, jesteśmy w większości ewolucyjnie nieprzystosowani do sprostania wymaganiom, jakie stawia się przed społecznym wyobrażeniem idealnego lekarza. Należy jednak dążyć do tego, by sposób organizacji opieki zdrowotnej tak jawnie nie sprzyjał występowaniu zdarzeń medycznych.

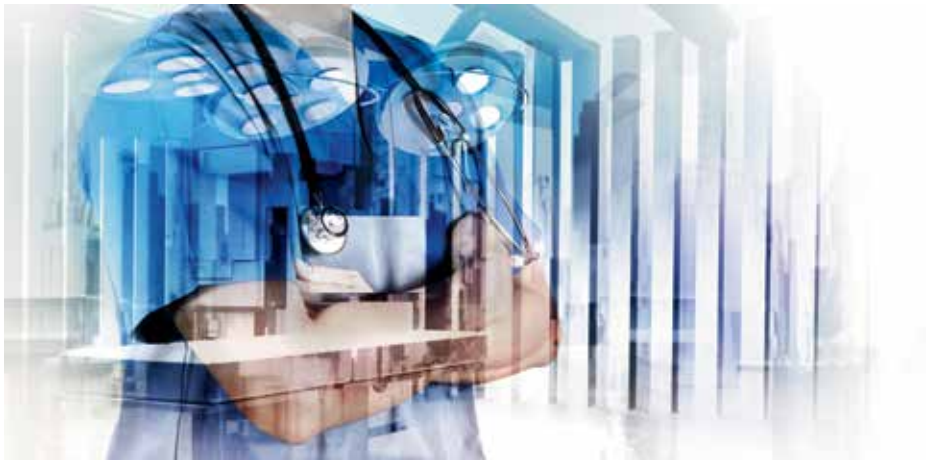
### 3. SAMI SOBIE

*Kto chce ulepszać cały świat,*
*by było w nim jak w niebie,*
*niech skupi się nad świata centrum*
*– niech zacznie sam od siebie.* (Piet Hein)

Choć potrzeba zmian, dotyczących m.in. sposobu szkolenia lekarzy, warto zwrócić uwagę na rzecz, na którą sami mamy realny wpływ. Tzw. piramida autorytetów utrudnia kształtowanie relacji partnerskich w zespołach lekarskich. Sprzyja to mobbingowi, który jest stałym elementem pejzażu towarzyskiego placówek ochrony zdrowia (co z art. 52 KEL?). Nie ulega wątpliwości, że mobbing ma negatywny wpływ na satysfakcję z pracy, jakość życia pracownika, jego produktywność i zaangażowanie oraz relacje pracownicze. Prowadzi to do rotacji personelu, z emigracją zarobkową włącznie. Pozostawiam do refleksji zasłyszane przeze mnie stwierdzenie: „Ludzie zazwyczaj nie zmieniają pracy. Zmieniają szefa". W ankiecie Trades Union Congress (2016) mobbing znalazł się na drugim miejscu wśród zagrożeń zdrowotnych w miejscu pracy. Możemy się zgodzić, że nasza praca jest wystarczająco wymagająca i stresująca, bez dodatkowych konfliktów.

### 4. STRES

Uznano go w ankiecie TUC za największe zagrożenie zdrowotne w miejscu pracy. Wpływa na pamięć – umiarkowany stres może upośledzać odtwarzanie pamięci długoterminowej, z kolei silny stres negatywnie wpływa na procesy pamięciowe i upośledza funkcje poznawcze (oddziaływanie na hipokamp). Mało



optymistyczna perspektywa, wobec naszego, niemal nieograniczonego, zapotrzebowania na ten zasób.

### 5. PACJENT

Agresja pacjentów lub ich rodzin nie należy do rzadkości, ale w dość zaskakujący sposób może wpłynąć na efekt ich leczenia lub ich bliskich. W 2016 r. przeprowadzono symulacje wśród zespołów noworodkowego OIT jednego ze szpitali w Tel-Awiwie. Jedną grupę, przed podjęciem interwencji, poddano wulgarnym komentarzom ze strony rodziców, a drugą – komentarzom neutralnym. Pierwsza grupa odnotowała gorsze wyniki w zakresie wszystkich ocenianych parametrów (diagnoza, planowanie, skuteczność interwencji, komunikacja, wzajemna pomoc i podział obowiązków). Wzajemna uprzejmość powinna być naturalnym odruchem, ale w relacji lekarz-pacjent zwyczajnie opłaca się choremu.

> **Stres uznano w ankiecie TUC za największe zagrożenie zdrowotne w miejscu pracy.**

### 6. WSZYSCY KŁAMIĄ

Tak mawiał dr House, nie jest to jednak tylko filmowa fikcja. W dwóch ankietach Medscape (około 4,5 tys. pacjentów) nawet 81% respondentów przyznało się do zatajenia przed lekarzem przynajmniej jednej informacji medycznej. Najczęstszą przyczyną była obawa o negatywną ocenę lub „wykład" na temat złych nawyków. Biorąc pod uwagę skalę zjawiska, jest to jeden z kluczowych argumentów za odstąpieniem od karania lekarzy. Takie kłamstwo jest często niemożliwe do udowodnienia *ex post*. Czy dysproporcja w odpowiedzialności za to wpisuje się w koncepcję sprawiedliwości społecznej?

### 7. INSOMNIA

Według OECD (2016), 82% osób aktywnych zawodowo w Polsce nie pracuje w nocy. Na pewno jest to w znacznym stopniu przyczyną braku zrozumienia dyżurowego aspektu pracy lekarzy. W jednym z badań dotyczących lekarzy z cyklicznymi, 24-godzinnymi dyżurami, stwierdzono m.in: 36% więcej poważnych błędów medycznych w porównaniu do lekarzy pracujących w systemie ≤16 h pracy ciągłej; pięciokrotnie więcej błędów diagnostycznych; o 61% więcej zakłuć igłą po 20. godzinie pracy; dwukrotnie większe ryzyko uczestnictwa w zdarzeniu drogowym po 24-godzinnym dyżurze (powrót do domu); spadek sprawności intelektualnej porównywalny ze stężeniem alkoholu we krwi nawet 1‰.

Ponadto, od niedawna wiadomo, że OUN posiada tzw. układ glimfatyczny. Odpowiada on za usuwanie toksycznych metabolitów (w tym β-amyloidu) i działa głównie podczas snu. W fizjologicznym (wraz z wiekiem) osłabieniu czynności tego układu upatruje się jednej z przyczyn choroby Alzheimera. Pozostawiam również ten temat do przemyślenia.

### 8. AKCJA – REAKCJA

Wszystkie te czynniki prowadzą do wzrostu częstości występowania błędów. Przeładowanie pracą i obowiązkami administracyjnymi zmusza do wielozadaniowości, która o 50% zwiększa ryzyko popełnienia błędu. Czary goryczy dopełnia brak równowagi pomiędzy życiem prywatnym i zawodowym wraz z dysonansem pomiędzy oczekiwaniami (praca z chorym) a realiami (brak środków na leczenie i czasu dla pacjenta), co nieuchronnie prowadzi do wypalenia zawodowego. Według publikacji z Mayo Clinic, odsetek wypalenia zawodowego wśród lekarzy sięga 54% i było ono również związane z większą częstością występowania poważnych błędów medycznych. Jednocześnie 6% respondentów deklarowało myśli samobójcze (rocznie w USA dochodzi do 400-450 samobójstw lekarzy). Lekarze obarczeni są do czterech razy większym ryzykiem popełnienia samobójstwa niż populacja ogólna. Popełnienie błędu (niezależnie od jego ciężkości) ma dewastujący wpływ na lekarzy – wzrasta obawa o popełnienie kolejnego błędu, spada satysfakcja z pracy i przekonanie o własnych umiejętnościach, a dodatkowo pojawiają się stres i zaburzenia snu. Eric Garton, w artykule z „Harvard Business Review" (2017) wskazuje, że wypalenie zawodowe pracownika oznacza problem z organizacją, dla której pracuje, a nie z samym pracownikiem. Nie pozwalajmy, by wmawiano nam cokolwiek innego.

### 9. HINDSIGHT BIAS

Zjawisko to, znane z psychologii społecznej, oznacza skłonność do

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

przypisywania zdarzeniom przeszłym nadmiernej oczywistości, szczególnie gdy znany jest wynik końcowy. W przypadku procesu, np. dotyczącego błędu medycznego, żadna ze stron (a także biegli) nie może go uniknąć. Czy, jeżeli skłonność ta rzutuje na wynik procesu, należy to uznać za sprawiedliwe?

## 10. NO-FAULT

Za ten sam czyn lekarzowi może grozić odpowiedzialność karna, cywilna, zawodowa, ubezpieczeniowa i pracownicza. Nie sprzyja to komfortowi pracy. Sądy lekarskie powstały, by odciążyć sądy powszechne. Idea ta podupadła, kiedy uświadomiono sobie, że można uzyskać z tytułu zdarzenia medycznego świadczenie pieniężne, choćby na dalsze leczenie. Niechcianym skutkiem była konieczność wykazania winy. Naturalną reakcją na próbę wykazania winy jest obrona, co z racji obszerności i stopnia skomplikowania spraw medycznych sprzyja przewlekłości procesów, a to nie służy żadnej ze stron. Jednocześnie, znikome jest prawdopodobieństwo, by karanie lekarzy zmniejszało prawdopodobieństwo występowania zdarzeń medycznych. Karanie powinno następować jedynie w przypadkach moralnie uzasadnionych.

## 11. NAPRAWA SZKÓD

Każdy pacjent, który doznał jatrogennego uszczerbku na zdrowiu, powinien otrzymać odszkodowanie, a także (w modelu idealnym) powinny zostać wdrożone działania naprawcze. Świadczenia te powinny zostać zapewnione w możliwie najkrótszym czasie, co przemawia przeciw drodze sądowej. Od 2011 r. działa system pozasądowego dochodzenia roszczeń. Niestety zawodzi, chociażby dlatego, że wydawane orzeczenia nie miały znamion decyzji administracyjnej, a proponowane odszkodowania nierzadko opiewały na kwotę 1 zł. Oczywistym jest, że pacjenci odrzucają takie oferty i sprawa wraz z dokumentacją przenosi się do sądów. Czy to znaczy, że wojewódzkie komisje należy wyrzucić na śmietnik historii? W mojej opinii – nie. W myśl prawa entropii, łatwiej w przyrodzie o procesy rozpadu, ale ze względów pragmatycznych uważam szkielet stworzony na potrzeby funkcjonowania ww. komisji za wystarczająco plastyczny do objęcia go kierunkową reformą. Z danych prokuratury krajowej (2017) wynika, że wśród postępowań zakończonych decyzjami merytorycznymi w sprawach o błędy lekarskie, jedynie w 7% przypadków wydano akt oskarżenia. Czy celowe i społecznie pożyteczne jest marnowanie 93% czasu prokuratorów, których w wielu innych aspektach nie mogą odciążyć dedykowane sądy (takie jak sądy lekarskie)? W latach 2012-17 łączna kwota zasądzonych zadośćuczynień i odszkodowań w postępowaniach sądowych wyniosła nieco ponad 100 mln zł. Proste wyliczenia matematyczne pokazują, że stawka ok. 95 zł od każdego lekarza zabezpieczyłaby 100% kwoty zasądzonych roszczeń. Nie jest to ostateczna cena, jednak, jeżeli uwzględnić kwoty, jakie płacimy za polisy swoje i szpitali, na pewno nie jesteśmy dalecy od docelowej sumy OC, w pełni zabezpieczającej zarówno pacjentów, jak i pracowników medycznych.

## 12. SYSTEMY REJESTROWANIA SZKÓD W OCHRONIE ZDROWIA

Trudno mówić o istnieniu takiego systemu, mimo rekomendacji WHO i UE. Według zaleceń UE (2014) takie obowiązkowe, poufne systemy powinny być uzupełnione regulacjami dotyczącymi zgłaszania pozbawionego sankcji dyscyplinarnych. Na początku 2017 r. pojawił się w Polsce projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, zakładający wdrożenie takiego rejestru. Dokument niestety pozostaje bez biegu legislacyjnego. Celem prowadzenia baz danych jest wykonanie na ich podstawie analiz, które finalnie posłużą bezpieczeństwu pacjentów. Immunitet osoby zgłaszającej ma stanowić czynnik motywujący i maksymalizujący liczbę rejestrowanych zdarzeń. Procedura powinna być możliwie krótka dla lekarza i służyć jedynie zasygnalizowaniu problemu, który należy przeanalizować w dedykowanym ku temu gronie.

**“**

**Przeładowanie pracą i obowiązkami administracyjnymi zmusza do wielozadaniowości, która o 50% zwiększa ryzyko popełnienia błędu.**

## 13. INWESTYCJA

Według Mackenbacha i wsp. wskaźnik umieralności spada liniowo, wraz ze wzrostem nakładów na ochronę zdrowia wyrażonych jako % PKB. Z kolei zgodnie z Economist Intelligence Survey (2015), wśród najważniejszych konsekwencji niewłaściwego finansowania ochrony zdrowia są: mniej produktywne społeczeństwo, wolniejszy rozwój gospodarczy oraz przeniesienie ciężaru opieki zdrowotnej na medycynę ratunkową (czy dziwią głośne ostatnio zdarzenia na SOR?). Tym samym, jednym z warunków poprawy bezpieczeństwa pacjentów i naszej pracy musi być zwiększenie finansowania. Wiemy jednak, że nie rośnie ono w tempie, jakiego oczekujemy. Po części ma to związek z tym, że posłowie zazwyczaj nie zgłaszają problemów z dostępnością do świadczeń. Jak twierdzi Jared Diamond, laureat Pulitzera, sytuacja, gdy „elity” są w stanie odizolować się od przykrych efektów własnych decyzji, jest jedną z przyczyn upadków cywilizacji. Jak tego uniknąć? Stanąć ramię w ramię z samorządem w walce o zmiany. Rotacja partii rządzących powoduje, że de facto za każdym razem należy zaczynać od nowa. Razem, nie poddając się manipulacjom typu „dziel i rządź”. Jak mawiał John F. Kennedy, „jedna osoba potrafi zrobić różnicę i każdy powinien spróbować”. Do czego każdego zachęcam. ■

PACJENT U ZNACHORA

# Myślenie magiczne

Co sprawia, że pacjent przestaje ufać medycynie akademickiej i szuka pomocy u znachorów? Co może zrobić lekarz w takiej sytuacji? Z psychologiem społecznym **Leszkiem Mellibrudą** rozmawia **Lidia Sulikowska**.

WYWIAD

**GL Dlaczego ludzie idą do uzdrowicieli, znachorów, bioenergoterapeutów etc.?**
Powodów jest wiele. Jeden z najważniejszych to taki, że osoby potrzebujące pomocy szukają tego, co daje poczucie bezpieczeństwa. Kogoś, kto ma czas na rozmowę, potrafi pocieszyć, dać nadzieję, udzielić psychicznego wsparcia. Jeśli nie otrzymują tego wszystkiego od swojego lekarza, są bardziej skłonni skorzystać z tzw. medycyny niekonwencjonalnej, bo ta, przynajmniej pozornie, to zapotrzebowanie wypełnia. Korzystają z niej chorzy charakteryzujący się wysokim poziomem myślenia magicznego i emocjonalnego. De facto otrzymują irracjonalną obietnicę pomocy, ale oni są w stanie w nią uwierzyć. Nawet bardzo inteligentni, wykształceni ludzie ulegają tej pokusie.

> **Lekarz powinien być uwrażliwiony na myślenie emocjonalne pacjenta.**

**GL Mamy coraz większą wiedzę na temat otaczającego nas świata, także w kwestii zdrowia, mimo to niektórzy wciąż są gotowi pójść w kierunku irracjonalności. Jak to możliwe?**
To paradoks naszych czasów. Im więcej otrzymujemy informacji, tym bardziej wzrasta poczucie zagubienia. Do pójścia na skróty skłania przeładowanie informacyjne. Dlatego część społeczeństwa jest gotowa udać się do uzdrowiciela, bo tam czeka prosto wyrażona obietnica: „ja ci pomogę", „leczę wszystko". Wobec takiego komunikatu u chorego myślenie emocjonalne zaczyna przeważać nad racjonalnym. Woli trzymać się irracjonalnej nadziei niż sprawdzić, czy to, co mu się proponuje, faktycznie działa. Niecierpliwość i szukanie szybkich rozwiązań jest częstym sposobem unikania lęku i ucieczką przed poczuciem bezradności i utratą nadziei. Chciałbym tutaj zwrócić uwagę, że problem ten dotyczy nie tylko chorych, ale też ich bliskich. To często najbliższe otoczenie pacjenta sugeruje mu, by udał się do znachora.

**GL Mówił pan, że chory szuka poczucia bezpieczeństwa, a znachor potrafi mu je dać. To znaczy, że lekarzowi to się nie udaje?**
Lekarze czasami po prostu nie koncentrują się na zapewnianiu tej potrzeby, zapominając, że jest bardzo ważnym elementem procesu leczenia. Doktorzy także czasem idą na skróty. Pacjent przedstawia problem, a lekarz stawia diagnozę i wydaje zalecenia – przepisuje leki, kieruje na badania, nie interesuje się jednak, jak chory ocenia stan swojego zdrowia. Dobrze wyczuleni na tym polu są anestezjolodzy – oni wiedzą, że poziom odczuwania bólu jest mocno zindywidualizowany i trzeba po prostu poświęcić czas na rozmowę, by pacjent poczuł się „zaopiekowanym", czyli z większą wiarą w lekarza i większym poczuciem bezpieczeństwa spojrzał na siebie, swoją chorobę i jej objawy. Nie mogę tego powiedzieć o innych specjalistach. Oczywiście zawsze są wyjątki.

**GL Jednak wydawałoby się, że mechanizm, którym tzw. uzdrowiciele przyciągają do siebie ludzi, powinien działać na krótką metę. Przecież w końcu pacjent zorientuje się, że choroba postępuje...**
W latach 80. XX w. w Klinice Chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum przeprowadziliśmy eksperyment. Przez prawie rok uczestniczyło w nim w sumie około tysiąca pacjentów i 100 uzdrawiaczy. Jedną z grup stanowili chorzy na raka jelita grubego, już po leczeniu operacyjnym. U większości nie udało się wyciąć zmiany w obowiązujących klinicznie granicach bezpieczeństwa zmniejszających ryzyko nawrotu choroby. Lekarze prowadzący – na prośbę rodziny pacjenta – zgodzili się, aby ci pacjenci równolegle uczestniczyli w sesjach bioenergoterapeutycznych. U 90 proc. z nich zmniejszyły się dolegliwości bólowe, byli w lepszej kondycji psychicznej, także ich rodziny czuły się lepiej. Po upływie roku niemal wszyscy zmarli.

Rodziny jednak mówiły, że oni umierali z uśmiechem. To jest potęga działania znachorów. Potęga efektu placebo i wpływu sugestii. Potrafią poprawić samopoczucie, uruchamiając nadzieję.

Siłę i głębokość oddziaływania autosugestii pokazała obserwacja innej grupy – 30 pacjentek z kamicą pęcherzyka żółciowego. Tymi kobietami także zajęli się uzdrawiacze. Po 3-4 tygodniach różnego typu oddziaływań (dotyk, wahadełko etc.) pacjentki poczuły się lepiej, wróciły do dawnej diety bez doraźnych negatywnych konsekwencji. Po 3 miesiącach badanie kontrolne nadal wykazywało u każdej z nich obecność kamieni. Chore nie mogły w to uwierzyć, mówiły wręcz, że lekarze oszukują, bo one czują się świetnie. Po sześciu miesiącach wszystkie pacjentki miały nawrót choroby i zostały zoperowane.

**Nie ma zbyt wielu prac naukowych poświęconych wyborowi tzw. alternatywnych metod leczenia przez pacjentów.** Od niedawna naukowcy próbują wypełnić tę lukę. W czasopiśmie „JAMA Oncology" opublikowano wyniki ankiety przeprowadzonej w amerykańskich szpitalach onkologicznych. Zawierała ona m.in. pytania dotyczące stosowania alternatywnych metod leczenia (definiowanych jako leczenie dodatkowe lub zastępujące terapie konwencjonalne). 33,3 proc. spośród 3118 chorych potwierdziło stosowanie alternatywnych terapii w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W większości przypadków (35,8 proc.) były to preparaty ziołowe. Popularne było również korzystanie z usług chiropraktyków (osoby utożsamiane z kręgarstwem), osteopatów, masażystów czy akupunkturzystów. Mniej niż 1 proc. badanych deklarowało szukanie wsparcia u uzdrowicieli, energoterapeutów i hipnotyzerów. Z medycyny alternatywnej znacznie częściej korzystały osoby rasy białej, kobiety oraz chorzy poniżej 66. roku życia. Niepokojące wydaje się zatajenie przed prowadzącym lekarzem informacji o stosowaniu dodatkowych terapii – takie postępowanie potwierdziło 29,3 proc. badanych. Większość pacjentów (57,4 proc.) jako przyczynę podała brak pytania o nie ze strony lekarza, a pozostali uznali tę informację za nieistotną.

MT

**Jak powinien zachować się lekarz, by jego pacjent nie szukał pomocy u znachora?**

Nie wiem, czy to jest właściwie zadane pytanie, choć rzeczywiście w środowisku lekarskim jest niechęć, zarówno wobec uzdrawiaczy jak i całego zjawiska medycyny niekonwencjonalnej, często daleko wykraczającej poza działania uzdrawiaczy. Ale zawsze warto pamiętać, że ludzie mają prawo także do robienia głupstw. My, specjaliści, musimy jedynie przestrzegać przed wkraczaniem na niebezpieczną dla zdrowia i życia ścieżkę, ale nie możemy im odebrać tego prawa.

**Co więc można zrobić?**

Lekarz powinien być uwrażliwiony na myślenie emocjonalne pacjenta. Na tę sferę naszej osobowości można oddziaływać racjonalnością, tocząc dialog w oparciu o odsłonięcie tej magicznej części postaw chorych i ich rodzin. To jest nowe zadanie dla lekarza – uczyć pacjenta i jego rodzinę myślenia w kategoriach racjonalnego rozumienia, na czym polega pomoc lekarska i jaką rolę spełnia w tym pacjent, czyli jego organizm, jego ciało. Lekarz różnymi działaniami (farmakoterapia, zabiegi) podnosi odporność organizmu, zwiększając siłę procesów odpowiedzialnych za zjawisko samoleczenia. Pacjent tę siłę również może zwiększać (choć czasami ją obniża, tracąc wiarę i nadzieję). Wydaje się, że lekarze są jednak słabo przygotowani do takiego podejścia do chorego i komunikowania mu znaczenia roli lekarza i pacjenta w traktowaniu własnego organizmu i choroby.

To pomaga zamieniać lęk pacjenta w ciekawość, co pacjent sam może zrobić dla swego ciała i zwiększania jego odporności, budując w ten sposób bardziej zadaniową i racjonalną postawę w pacjencie, potęgującą motywację do leczenia zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

**Czyli lekarz ma oddziaływać na pacjenta za pomocą metod, których używa znachor?**

Trzeba przede wszystkim mieć świadomość istnienia tych mechanizmów. Należy też oczywiście piętnować i pokazywać przykłady pseudoleczenia, które zakończyło się tragicznie. Ale przedstawianie, jak straszne mogą być skutki odejścia od medycyny opartej na faktach, nie wystarczy. Potrzebna jest zmiana myślenia, zwiększająca nie tylko wiarę w lekarza, ale również własną wiarę pacjenta w siebie i swoje możliwości, a to możliwe jest przez zmianę podejścia lekarza do pacjenta, jego rodziny oraz pacjenta do siebie samego. Popularność znachorów opiera się na marketingu szeptanym, który jest bardzo skuteczny i budzi duże zainteresowanie wśród pacjentów. To potężna broń, którą można wykorzystać także w redukowaniu niebezpiecznych zjawisk związanych z ucieczką w magię. ■

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

BADANIE PRZEDMIOTOWE

# Czy w Mydlnikach śpiewają słowiki?

JOANNA SOKOŁOWSKA
pediatra, felietonista

Może to z powodu mojego nazwiska – ptaki wciąż powracają do moich felietonów. Pojawiły się już w nich gęsi Lorenza, samotny głuptak Neigel z wyspy Mana i lubiane przez Wojciecha Młynarskiego wrony. Dzisiaj też będzie o ptaszku – niepozornym z urody, za to wyjątkowo utalentowanym.

**Podobno przedstawiciele tego gatunku śpiewają tak donośnie, że nie dają spać, zwłaszcza w upalne noce. Tak przynamniej twierdziła Hanka Ordonówna w „Piosence o zgubionym sercu". Przylatują z Afryki na przełomie kwietnia i maja, więc pewnie już tu są.**

Słowiki – bo oczywiście o nich mowa – małe, rdzawoszare ptaszki, patronujące miłosnym uniesieniom kolejnych pokoleń Polaków. Właśnie dzięki charakterystycznemu, czystemu i niezwykle donośnemu śpiewowi zwane są podobno bekwarkami. I choć osobiście nie znam nikogo, kto posługiwałby się tą nazwą w potocznej mowie lub piśmie, nie mogłam się oprzeć pokusie jej użycia. Bo nawet jeśli to tylko frazeologiczna fanaberia jakiegoś muzykalnego ornitologa-amatora, to powiązanie słowika z Valentinem Bekfarkiem, nadwornym lutnistą króla Zygmunta Augusta II – pisał o nim i Jan z Czarnolasu, i Jan Lechoń – wydaje mi się wyjątkowo trafne i romantyczne.

Jestem też pewna, że mimo tegorocznej aury, która raczej chłodzi ciała i zmysły, wielu członków samorządu lekarskiego – czego im zresztą życzę z całego serca – osobiście doświadczy bezsenności spowodowanej wiosennym serotoninowym tsunami, przy akompaniamencie ptasich świergotów.

Na strony „Gazety Lekarskiej" przywołałam jednak słowika – wybaczcie – z całkiem innego powodu. Otóż w annałach polskiej historii medycyny ten wyjątkowy ptaszek znalazł się za sprawą Ludwika Rydygiera, profesora uniwersytetów Jagiellońskiego i Lwowskiego, jednego z najznamienitszych polskich i europejskich chirurgów. Pan profesor – wybitny talent, postać obdarzona szczególną charyzmą, a także lwią grzywą i takąż brodą – delikatnie rzecz ujmując, niespecjalnie gustował w idei dopuszczenia do zawodu lekarskiego kobiet.

Za to z pewnością słyszał i podziwiał ptasie trele na krakowskich błoniach. Na wieść o pojawieniu się „dziwolągów kobiet lekarzy" pisał w 1895 r. na stronach „Przeglądu Lekarskiego": „Dopóki u mnie w Mydlnikach słowik śpiewa i żer przynosi samicy w gniazdku siedzącej, dopóty ja w równouprawnienie nie uwierzę".

Od anegdotycznych stwierdzeń o dyskwalifikującym w wykonywaniu lekarskiego fachu braku brody po całkiem współczesne porównania kobiety-chirurga z kawią domową (bo świnki morskiej, drodzy państwo, nie ma w systematyce naszych braci mniejszych) upłynęło wiele wody w Wiśle, choć to niespełna sto dwadzieścia lat. Chciałabym napisać, że wbrew profesorowi Rydygierowi panie szturmem zdobyły katedry medyczne i zachwyciły swoimi dokonaniami ówczesne

REKLAMA

**Słowiki – bo oczywiście o nich mowa – małe, rdzawoszare ptaszki, patronujące miłosnym uniesieniom kolejnych pokoleń Polaków. Właśnie dzięki charakterystycznemu, czystemu i niezwykle donośnemu śpiewowi zwane są podobno bekwarkami.**

mizoginiczne środowisko lekarskie. Od chwili, gdy pierwszej Polce, Annie Tomaszewicz, pozwolono założyć lekarski fartuch, do dnia dzisiejszego, w którym kobiety stanowią przeważającą grupę stanu lekarskiego, „medycynierki" – jak pogardliwie je w XIX w. nazywano – osiągnęły w medycynie wszystko. Była to jednak droga trudna, żmudna i raczej wyboista. Dziś aż trudno przecież uwierzyć, że Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w 1878 r. odmówiło przyznania doktor Tomaszewicz członkostwa, dyskredytując jej kompetencje naukowe i predyspozycje zawodowe niejako dla przykładu, mającego odwieźć inne kobiety od podobnych „niedorzecznych ruchów". Gustaw Fritsche, propagator Towarzystwa Kolonii Letnich – postępowy lekarz społecznik – uzasadniał na łamach „Medycyny" decyzję towarzystwa: „wszystkie dzisiejsze lekarki lub kandydatki na takowe wypychane są na tę fałszywą drogę nie przez zamiłowanie do nauki lub chęć poświęcenia się ludzkości, lecz przez jakieś awanturnicze usposobienie, przez chęć zabłyśnięcia czymś oryginalnym". Anno domini 2019 to „awanturnicze usposobienie" zyskało miano innowacyjności, a „chęć zabłyśnięcia" postrzegana jest jako kreatywność – cechy pożądane bez względu na płeć. I nie mam wątpliwości – nikt nam, kobietom, w żaden sposób nie przeszkadza w zdobywaniu kolejnych stopni wykształcenia czy kariery naukowej.

Dlaczego więc, gdy przeglądam „Gazetę Lekarską", mam wrażenie, że duch profesora Rydygiera dostojnie przechadza się po korytarzach na Sobieskiego 110, z satysfakcją potrząsając swoją imponującą fryzurą? O ile bowiem w gabinetach lekarskich i lekarsko-dentystycznych panie są w przewadze, nie przekłada się to na ich aktywność samorządową czy związkową. W takiej działalności oddają palmę pierwszeństwa swoim kolegom – rzadko zostają prezesami, nie ma ich w Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. Jeśli nawet stają się *spiritus movens* jakiegoś wydarzenia, to w efekcie przywództwo oddają pierwszemu chętnemu do tego koledze. Czy tak się dzieje z powodu obecności „szklanego sufitu", czy może jednak wciąż z tradycyjnego podziału ról? A może to kobiecy spryt i zdobyta przez lata umiejętność kręcenia rządzącą głową? Jeśli to ostatnie jest prawdą – cicho sza!

Obserwuję nowe pokolenie lekarek rozpoczynających swoją zawodową karierę. Mają umiejętności, których ich poprzedniczki musiały się dopiero nauczyć – są świadome swojej wartości, odważne, świetnie wykształcone. Chcę je prosić, by dzięki nim słowiki śpiewały trochę ciszej – w Mydlnikach i na Sobieskiego. A ponieważ wiem, że są gotowe na wszystko, przypominam tylko, że ten niewielki ptaszek w naszym kraju objęty jest ścisłą ochroną gatunkową... ■

POLACY NA ARENIE MIĘDZYNARODOWEJ

# Najczęściej cytowani

**Na najnowszej liście najczęściej cytowanych naukowców z całego świata (ranking Clarivate Analytics obejmujący 6 tys. badaczy z 60 państw) znalazło się 6 osób z Polski.** Wśród nich jest 5 kardiologów z Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Są to: prof. Piotr Ponikowski, prezes PTK, kierownik Kliniki Kardiologii 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, prof. Adam Torbicki, kierownik Kliniki Krążenia Płucnego, Chorób Zakrzepowo-Zatorowych i Kardiologii CMKP w Europejskim Centrum Zdrowia w Otwocku, prezes PTK w latach 2004-2007, prof. Andrzej Budaj, kierownik Kliniki Kardiologii CMKP w Szpitalu Grochowskim w Warszawie, przewodniczący Komisji Wytycznych i Szkolenia zarządu głównego PTK w latach 2017-2019, prof. Michał Tendera, kierownik III Kliniki Kardiologii Górnośląskiego Centrum Medycznego im. prof. Leszka Gieca, a także kierownik III Katedry Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, prezes PTK w latach 1995-1998 i prof. Dariusz Dudek, kierownik II Oddziału Klinicznego Kardiologii oraz Interwencji Sercowo-Naczyniowych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

> **Ranking pozycjonuje wysoko polską kardiologię i podkreśla znaczenie wkładu Polaków w rozwój światowej nauki.**

Komentując wyniki rankingu, prof. Piotr Ponikowski powiedział, że pozycjonuje on bardzo wysoko polską kardiologię i podkreśla znaczenie wkładu Polaków w rozwój światowej nauki.

Obok kardiologów na liście została również sklasyfikowana prof. Jolanta Lissowska, kierownik Pracowni Epidemiologii w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Jak podaje portal ResearchGate, polska badaczka miała 27 480 cytowań. ■

# Obesitolodzy docenieni

**Podczas odbywającej się w Brukseli międzynarodowej konferencji zorganizowanej przez Europejskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, Polacy otrzymali nagrodę za najlepszy Narodowy Program Szkoleniowy dla Specjalistów Zdrowia w Europie w 2018 r.** Nagroda dotyczy Programu PTBO w zakresie certyfikacji i akredytacji specjalistów zajmujących się leczeniem otyłości. W Polsce jest tylko 340 lekarzy z certyfikatami leczenia nadwagi i otyłości, kolejnych 1300 jest w trakcie procesu certyfikacji, 2000 jest przeszkolonych na warsztatach edukacyjnych, a 5 jest akredytowanych przez towarzystwo ośrodków leczenia nadwagi i otyłości. Nagrodę odebrała uczestnicząca w konferencji prof. Magdalena Olszanecka-Glinianowicz, prezes PTBO, kierownik Zakładu Promocji Zdrowia i Leczenia Otyłości, Katedry Patofizjologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

W Polsce 27 mln osób ma nadwagę, w tym 7 mln cierpi na otyłość, a lekarzy zajmujących się obesitologią jest jak na lekarstwo. Mimo narastającego problemu i nacisków ze strony PTBO, Ministerstwo Zdrowia dotąd nie wprowadziło specjalizacji w tej dziedzinie. Otyli w placówkach opieki zdrowotnej są traktowani jak obywatele gorszej kategorii, bowiem personel medyczny nie kwalifikuje otyłości jako choroby. Międzynarodowa nagroda dla programu certyfikacji PTBO pokazuje, jak pilna jest potrzeba kształcenia lekarzy w kierunku obesitologii. ■

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

PSYCHIATRIA

WYWIAD

# Potrzebne przemodelowanie systemu

Z prof. **Silvaną Galderisi**, prezydent Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, rozmawia **Marta Jakubiak**.

**Jak psychiatria się zmienia i dlaczego?**
Podstawowy aspekt transformacji leczenia psychiatrycznego to zamiana modelu opartego na hospitalizacji na leczenie pacjenta w jego środowisku. Zdaliśmy sobie sprawę, że obecny model opieki psychiatrycznej nie wypełnia rzeczywistych potrzeb pacjentów. Trzeba stworzyć rozwiązania alternatywne, dzięki którym chory będzie leczony przede wszystkim ambulatoryjnie, a hospitalizowany jedynie w sytuacjach wyjątkowych, jak np. zaostrzenie choroby.

Zidentyfikowaliśmy też lukę istniejącą pomiędzy opieką psychiatryczną dzieci i dorosłych. Są one odseparowane i często nie ma pomiędzy nimi współpracy. 75 proc. zaburzeń psychiatrycznych ma swój początek w wieku nastoletnim. W systemie granica jest sztywna: pacjenci do 18. r.ż. i po 18. r.ż. Jeżeli u 17-latka pojawią się pierwsze objawy choroby, to po kilku miesiącach musi zmienić lekarza, gdyż stał się pacjentem dorosłym. Przy takiej organizacji nie jesteśmy w stanie zagwarantować mu odpowiedniej opieki. Musimy stworzyć coś pomiędzy.

**Co jeszcze wymaga zmian?**
Konieczne jest także przejście od leczenia standaryzowanego do spersonalizowanego. Coraz bardziej rozumiemy, nie tylko w psychiatrii, że człowiek nie równa się chorobie. Zajmujemy się pacjentami, którzy chorują, a nie samą chorobą. Nie wystarczy postawić rozpoznanie. Potrzebna jest szersza ocena chorego – od środowiskowej aż po genetyczną. Ważne są czynniki, które charakteryzują pacjenta jako człowieka w jego chorobie.

Potrzebujemy też modelu połączonego, który oparty jest zarówno na kontakcie bezpośrednim pacjenta z lekarzem, jak i tym wykorzystującym środki komunikacji elektronicznej. To będzie nowa rzeczywistość.

**Ile czasu potrzeba, żeby dokonało się to przemodelowanie?**
To bardzo trudne pytanie, ponieważ wiele zależy od poszczególnych krajów, woli politycznej, a także zdolności osób, które się tym tematem zajmują, czyli lekarzy, opiekunów, pacjentów – od tego, w jaki sposób uzgodnią wspólne cele. Dużo zależy także od finansów. Nie jesteśmy w stanie oddzielić psychiatrii od innych zagadnień, które są dla Europy ważne i wymagają określonych środków. W rozmowach polityków jako palące pojawiają się przede wszystkim kwestie związane ze zmianą klimatu. Bardzo dużo pieniędzy trzeba będzie poświęcać właśnie na ten cel, przynajmniej przez 10 lat. A jeśli pieniądze będą przesuwane z obszaru opieki zdrowotnej, w tym zdrowia psychicznego, to przemodelowanie psychiatrii będzie trwało dłużej.

**Co jest najpilniejszym problemem do rozwiązania w europejskiej psychiatrii?**
Moim zdaniem właśnie ta luka pomiędzy psychiatrią dziecięcą a psychiatrią dorosłych. Im wcześniej będziemy w stanie podjąć interwencję i zachować ciągłość leczenia, tym lepsze będą efekty. Nie mówię tylko o leczeniu farmakologicznym, ale również o psychoterapii i różnego rodzaju działaniach psychospołecznych.

**Z jakimi nowymi zjawiskami trzeba się mierzyć?**
Z uzależnieniami behawioralnymi, jak np. uzależnienie od internetu, które może prowadzić do wycofania się z życia w społeczeństwie i przeniesienia do życia w sieci. Problemem jest także uzależnienie od gier, jak również od substancji psychoaktywnych i alkoholu.

**Psychiatria którego kraju może być uważana za wzorcową?**
Z całą pewnością w Danii, gdzie stworzono naprawdę dobry krajowy program opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Jeszcze do niedawna niezłym przykładem mogła być opieka psychiatryczna we Włoszech, ale kraj ten wpadł w kłopoty finansowe, co pociągnęło za sobą także spadek kondycji psychicznej obywateli.

**A polska psychiatria?**
Jest coraz lepiej, ale wciąż dużo pozostaje do zrobienia. ■

## Europejska psychiatria w Polsce

Niedawno w Warszawie odbył się **27. Europejski Kongres Psychiatrów.** Po raz pierwszy European Psychiatric Association zorganizowała go w naszym kraju. Zgromadził rekordową liczbę uczestników – niemal 4300 osób z 88 krajów świata.

**W PIGUŁCE**

# Najlepsze i najgorsze systemy w UE

**Opublikowano wyniki najnowszej edycji „Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia". Raport ocenia systemy we wszystkich państwach Unii Europejskiej na podstawie określonych indeksów, dotyczących m.in. jakości opieki czy dostępności do świadczeń.** W rankingu najlepiej wypadły Szwecja, Dania i Holandia, a za nimi Niemcy, Finlandia i Luksemburg.

> **Polska nie ma się czym pochwalić – nasz kraj zajął jedno z ostatnich miejsc.**

Warto też zwrócić uwagę na Słowenię, Słowację, Czechy, które uplasowały się najwyżej wśród państw krajów Europy Środkowo-Wschodniej. Polska nie ma się czym pochwalić – nasz kraj zajął jedno z ostatnich miejsc w całym zestawieniu – wyprzedziliśmy jedynie Rumunię, Łotwę i Bułgarię.

Za co poszczególne kraje zyskiwały sporo punktów? Liderzy indeksu to ci, którzy mierzą i oceniają jakość świadczonych usług. W Szwecji np. jakość świadczonych usług porównuje się pomiędzy świadczeniodawcami za pomocą publicznie dostępnych wyników rejestrów medycznych. Prowadzone są m.in. rejestry endoprotezoplastyk, leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów i chirurgii ginekologicznej.

W rankingu zwraca się też m.in. uwagę na czas oczekiwania i wykonywania świadczeń. Kraje, które znalazły się wśród najlepszych, to te, w których określono maksymalny czas oczekiwania na wykonanie konkretnego świadczenia. W Szwecji konsultacja lekarza rodzinnego musi odbyć się do 7 dni, konsultacja specjalisty – w ciągu 90 dni, tyle samo czasu jest na rozpoczęcie leczenia po zdiagnozowaniu pacjenta. Również Czechy mają zdefiniowany czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne, np. operacja zaćmy musi być przeprowadzona w ciągu 30 tygodni od rozpoznania, a wdrożenie leczenia w stwardnieniu rozsianym – 4 tygodnie od postawienia diagnozy. ■

# Kontrowersje wokół minister

**Sylvi Listhaug, nowo powołana minister zdrowia Norwegii, powiedziała w wywiadzie dla stacji NRK, że wolno palić papierosy, pić alkohol i jeść tak dużo czerwonego mięsa, ile się chce.** Dodała, że mówienie społeczeństwu, co jest zdrowe, a co nie, nie jest rolą rządu. Stwierdziła także, że nie zamierza uprawiać polityki umoralniającej, zadeklarowała jednak, że chce pomóc ludziom uzyskać informacje, na podstawie których będą mogli podejmować właściwe wybory żywieniowe. Sylvi Listhaug w przeszłości pełniła funkcję ministra sprawiedliwości, ale w marcu ub.r. pod wpływem nacisków zrezygnowała z tego stanowiska po kontrowersjach wywołanych wcześniejszymi jej wpisami na Facebooku. ■

# DNA lekarza starzeje się szybciej

**Nowe badanie opublikowane w „Biological Psychiatry" pokazuje, jak szkodliwa zdrowotnie dla młodego lekarza jest pierwsza praca.** Badacze wykazali, że DNA lekarzy stażystów starzeje się sześć razy szybciej w ciągu pierwszych 12 miesięcy od rozpoczęcia kariery zawodowej.

Naukowcy pobrali próbki DNA od 250 lekarzy na początku i końcu roku stażowego. Porównali je z próbkami 84 studentów pierwszego roku z University of Michigan. Okazało się, że wśród stażystów zaobserwowano dużo szybciej postępujący proces ścierania się telomerów. Osób narażonych na długotrwały stres, które regularnie pracowały ponad 80 godzin tygodniu, ten problem dotyczył najbardziej. ■

# 2,5 tys. euro kary za niezaszczepienie dziecka

**Niemiecki minister zdrowia Jens Spahn proponuje kary finansowe dla rodziców, którzy nie zaszczepili swojego dziecka przeciw odrze.** Kara ma wynieść nawet 2,5 tys. euro. Chce także wprowadzić zakaz przyjmowania dzieci niezaszczepionych przeciw tej chorobie w przedszkolach i innych placówkach opieki dziennej. Pomysł niemieckiego ministra zdrowia ma związek z coraz częstszymi zachorowaniami na odrę w Niemczech, i nie tylko. ■

ŹRÓDŁO: FUTUREPROOFING HEALTHCARE, „BIOLOGICAL PSYCHIATRY", NRK

W PIGUŁCE

# Będzie rekord?

gazetalekarska.pl

**40 proc. – o tyle wzrosła liczba wniosków dotyczących rozpoczęcia w naszym kraju badań klinicznych w ciągu pierwszych miesięcy br.**

**Celem badań klinicznych jest potwierdzenie bezpieczeństwa i skuteczności nowych leków lub metod leczenia.**

Jednym z głównych powodów ma być uproszczenie procedur ich rejestracji. Wiele wskazuje na to, że ten rok może być rekordowy. Jak informuje Grzegorz Cessak, prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, w latach 2011-2018 co roku rejestrowano 400-450 takich badań. Jak wynika z ankiety przeprowadzonej wśród dorosłych Polaków przez badaczy z UM we Wrocławiu, wśród przyczyn małego zainteresowania społeczeństwa badaniami klinicznymi wymienia się m.in. niskie zaufanie do firm farmaceutycznych, choć także do samych badaczy, obawy związane z wystąpieniem działań niepożądanych leku, a wiele osób mówi wprost, że ich zdaniem pacjentów traktuje się jak „króliki doświadczalne". – Jeśli substancja czynna nie ma żadnego ryzyka działań niepożądanych, to najprawdopodobniej nie działa. To tak jak z nożem, kiedy jest ostry, to można nim zarówno przeprowadzić operację, jak i skaleczyć się – mówi prof. Wiesław Jędrzejczak, były konsultant krajowy w dziedzinie hematologii. ■

# Potrzebna rozwaga

**Chirurgiczna robotyka medyczna to stosunkowo młoda część medycyny. W naszym kraju robotów jest jeszcze jak na lekarstwo, ale w krajach takich jak USA są wykorzystywane powszechnie.**

Nic dziwnego, że Amerykanie mają na tym polu bogate doświadczenia. W ostatnich tygodniach amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) wydała komunikat ostrzegający przed wykonywaniem amputacji piersi z użyciem robotów chirurgicznych. Zastosowanie robotów zmniejsza inwazyjność zabiegów operacyjnych poprzez wykonywanie mniejszych nacięć i mniejszy ubytek krwi oraz skraca czas rekonwalescencji. Dotychczas nie udowodniono jednak ich równorzędności w stosunku do klasycznych zabiegów operacyjnych w żadnych wskazaniach onkologicznych poza rakiem gruczołu krokowego. Komunikat FDA pojawił się w związku z ostatnimi doniesieniami dotyczącymi gorszych wyników leczenia robotami chirurgicznymi pacjentów z nowotworem piersi i rakiem szyjki macicy. Dotychczasowa opinia FDA o zabiegach z użyciem robotów opierała się na ocenie częstości występowania powikłań w 30-dniowym okresie pooperacyjnym. Ostatnie dane sugerują konieczność monitorowania odległych efektów tej formy leczenia (m.in. odsetka miejscowych wznów nowotworu, czasu wolnego od nawrotu choroby czy czasu całkowitego przeżycia). ■

# Drogi palacz

**Osoby palące papierosy gorzej odpowiadają na radioterapię, chemioterapię oraz występuje u nich większe ryzyko progresji nowotworu.**

Amerykańscy badacze oszacowali dodatkowe koszty leczenia przeciwnowotworowego aktualnych palaczy. Opierając się o wcześniejsze badania założono, że 30 proc. osób niepalących nie odpowiada na pierwszą linię leczenia oraz że 20 proc. leczonych to palacze tytoniu, którzy mają o 60 proc. większe ryzyko niepowodzenia. Średni dodatkowy koszt leczenia osoby, która nie zareagowała na pierwotną terapię, oszacowano na 100 tys. USD. Leczenie palacza tytoniu generuje dodatkowy koszt ok. 10,7 tys. USD, co w przypadku leczenia nowotworów w USA daje sumę ponad 3,4 mld USD rocznie. Badanie przedstawione w „Jama Network Open" ma jednak swoje ograniczenia. Po pierwsze, nie są znane dokładnie koszty drugiej linii chemioterapii. Po drugie, nie uwzględniono dodatkowych wydatków generowanych przez palaczy, takich jak: współistniejące choroby, zwiększona toksyczność leczenia przeciwnowotworowego czy ryzyko wystąpienia kolejnych nowotworów. Mimo to wyniki badania stanowią dodatkowy argument w dyskusji nad systemową walką z tym nałogiem. ■

ŹRÓDŁO: FDA, „JAMA NETWORK OPEN", PUWZR, URPLWMIPB FOTO: MARIUSZ TOMCZAK

PRZYSZŁOŚĆ CHIRURGII NACZYNIOWEJ

# Współpraca, nie rywalizacja

Z prof. **Zbigniewem Gałązką**, kierownikiem Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Chorób Naczyń Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

WYWIAD

**Jak zmieniało się znaczenie chirurgii naczyniowej we współczesnej medycynie?**
Choroby sercowo-naczyniowe są na niechlubnym, pierwszym miejscu wśród przyczyn zgonów w Europie, w tym w Polsce. Główną przyczyną poważnych patologii związanych z układem krążenia, takich jak zawał mięśnia sercowego, udar mózgu czy niedokrwienie kończyn dolnych prowadzące do amputacji, jest miażdżyca. To powszechny problem zdrowotny, a liczba chorych systematycznie wzrasta, więc i chirurgia naczyniowa odgrywa coraz większą rolę. Jesteśmy w stanie zaoferować coraz lepsze techniki operacyjne, dzięki którym możemy zadziałać wcześniej i pomóc pacjentom nawet w bardzo podeszłym wieku. Mam na myśli chirurgię małoinwazyjną, która coraz bardziej wypiera tę klasyczną, otwartą.

**Czy w przyszłości wszystkie operacje z zakresu patologii naczyń będą wykonywane wewnątrznaczyniowo?**
To przyszłość całej chirurgii, a tym bardziej chirurgii naczyniowej. Wydaje się, że nie ma innej drogi. Już teraz są one powszechnie wykorzystywane, a dalszy ich rozwój będzie uzależniony od dwóch czynników – po pierwsze, od dostępności coraz bardziej zaawansowanego technologicznie sprzętu do przeprowadzania zabiegów małoinwazyjnych, w tym rzeczywistości rozszerzonej, czyli stosowania specjalnych okularów, które pozwalają widzieć w trójwymiarze, a po drugie – od pomysłowości chirurgów naczyniowych, jak te nowości techniczne optymalnie wykorzystywać. Absolutnie zmierzamy też w kierunku wejść przezskórnych i stosowaniu stentów coraz to nowszych generacji. Ogromnym problemem pozostaje leczenie tętniaków okołonerkowych i piersiowo-brzusznych. Tutaj nadzieją dla chorych jest implantacja protez wewnątrznaczyniowych, które są „szyte na miarę", czyli przygotowywane pod konkretnego pacjenta.

> **Uważam, że najważniejsze jest działanie zespołowe. Pracy wystarczy dla wszystkich.**

**To niestety drogie rozwiązanie...**
To prawda, ponadto na taki stentgraft trzeba czekać około 4-6 tygodni, a dla części chorych to zbyt długo. Wydaje się, że dla nich można z powodzeniem zaproponować inne rozwiązanie. Mam na myśli metodę polegającą na implantacji seryjnie produkowanych protez wewnątrznaczyniowych, a więc sporo tańszych, dodatkowo dostępnych od ręki, które adaptuje się do anatomii konkretnego pacjenta już po implantacji. Wówczas, za pomocą specjalnego lasera ekstrimowego, wypala się otwory w protezie – po to, aby je idealnie dopasować do wyjścia docelowej tętnicy. Taką operację udało nam się wykonać w klinice, którą kieruję, pod koniec lutego br. Chory miał objawowego tętniaka okołonerkowego, po czterech dniach od zabiegu opuścił szpital, czuje się dobrze. To był pionierski zabieg w Polsce, a na świecie wykonano zaledwie kilkadziesiąt takich operacji.

## Podstawowy problem to miażdżyca tętnic, która jest przyczyną groźnych dla życia powikłań.

**Wraz z rozwojem technik małoinwazyjnych zaciera się obszar działania chirurgów naczyniowych ze specjalistami innych dziedzin. Mam na myśli kardiologów i, przede wszystkim, radiologów interwencyjnych. Jak wygląda między nimi współpraca?**
Uważam, że najważniejsze jest działanie zespołowe. Pracy wystarczy dla wszystkich. Szczególnie istotne jest współdziałanie chirurgów naczyniowych z radiologami zabiegowymi. Są obszary, w których działamy wspólnie, są takie sytuacje, gdy np. pojawi się powikłanie i trzeba przejść z techniki małoinwazyjnej na klasyczną, gdzie tylko chirurg naczyniowy pomoże, są i takie, gdzie najlepiej radzą sobie radiolodzy – myślę tutaj o leczeniu zmian w naczyniach obwodowych. Ich umiejętności w tym zakresie są nie do przecenienia. Tylko wspólnym działaniem osiągniemy optymalny wynik leczenia. Myślę, że na świecie czas rywalizacji minął. Ludzie doskonale rozumieją, że bez kooperacji niczego się nie osiągnie.

**A jak jest w Polsce?**
W większości wiodących ośrodków chirurgii naczyniowej rozumie się konieczność tej współpracy, choć zapewne są takie miejsca, gdzie trudno o schowanie do kieszeni własnych ambicji.

**Jak, pana zdaniem, powinna wyglądać wzorcowo zorganizowana klinika chirurgii naczyniowej?**
Zazwyczaj w szpitalach funkcjonują obok siebie kliniki chirurgii naczyniowej i radiologii interwencyjnej, które blisko ze sobą współpracują. Są też i takie kliniki chirurgii naczyniowej, które mają u siebie doświadczonego radiologa zabiegowego. Kluczową kwestią jest możliwość wykonywania zabiegów na sali hybrydowej, czyli posiadającej, poza standardowym wyposażeniem, także wszelkie sprzęty służące chirurgii małoinwazyjnej. To bardzo ważne, bo pamiętajmy że każdy zabieg małoinwazyjny może zakończyć się konwersją do metody otwartej.

**Jaka jest kondycja chirurgii naczyniowej w naszym kraju?**
Jesteśmy coraz lepiej postrzegani na świecie. Warto podkreślić, że w przyszłym roku w Krakowie odbędzie się zjazd Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Naczyniowych. Największym problemem pozostają jednak finanse. Każdy postęp wymaga określonych środków.

Prof. Zbigniew Gałązka: – Myślę, że na świecie czas rywalizacji minął. Ludzie doskonale rozumieją, że bez kooperacji niczego się nie osiągnie.

Brakuje też narodowego programu leczenia chorób naczyń. Jest on niezbędny, jeśli chcemy zmniejszyć ogromną śmiertelność związaną z patologiami układu krążenia. Trzeba działać kompleksowo. Połączyć działania angiologów, chirurgów naczyniowych, kardiologów i radiologów interwencyjnych. Dobrym prognostykiem jest, ruszający właśnie, pilotaż programu przesiewowego Ministerstwa Zdrowia do wykrywania tętniaków aorty u mężczyzn w wielu 65+. Mężczyzna w tym wieku ma mieć możliwość wykonania usg. jamy brzusznej, aby na tej podstawie ocenić kondycję jego naczyń.

**Jakie są obecnie największe wyzwania dla leczenia chorób naczyń?**
Podstawowym problemem jest miażdżyca tętnic, która jest przyczyną groźnych dla życia powikłań. Cały czas czekamy na pojawienie się substancji czynnej, dzięki której można by zatrzymać rozwój tej choroby. Marzymy o opracowaniu terapii genowej czy z wykorzystaniem komórek macierzystych. Oczywiście niezwykle ważna jest profilaktyka. Trzeba edukować pacjentów, aby prowadzili higieniczny tryb życia, ale nawet to może nie uchronić przed pojawieniem się choroby. Nie znamy mechanizmu jej powstawania, przez co umiemy leczyć tylko objawy. Niestety nasze działania polegają na gaszeniu pożaru w jednym miejscu, który za chwilę wybuchnie gdzie indziej. W wielu chorobach w dalszym ciągu zatrzymaliśmy się na poziomie leczenia objawów, np. 95 proc. przypadków nadciśnienia tętniczego pojawia się samoistnie, co znaczy tyle, że nie wiemy, skąd się bierze. Wciąż jesteśmy daleko od sedna sprawy. ■

FOTO: dział fotomedyczny UCK WUM

LUCYNA KRYSIAK

dziennikarz

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

# Przede wszystkim leczymy

Z prof. **Jerzym Strużyną**, prezesem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej oraz konsultantem krajowym w dziedzinie chirurgii plastycznej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

WYWIAD

**Panie profesorze, co jest istotą chirurgii plastycznej?**
Rekonstrukcja tkanek zmienionych w wyniku urazów, chorób, wad wrodzonych, a także oparzeń. Staramy się przywrócić ich funkcję i wygląd. Zakres naszych działań obejmuje także chirurgię ręki, w tym replantacje kończyn. Trafiają więc do nas osoby z obciętymi dłońmi, kciukami czy palcami. To jest skomplikowane leczenie, wymagające ogromnej wiedzy i interdyscyplinarnego podejścia. Ta wiedza zawiera się w wielu tomach bardzo grubych ksiąg. Mimo to można odnieść wrażenie, że na chirurgii plastycznej znają się w Polsce wszyscy, a wśród nich są także lekarze, którzy utożsamiają tego rodzaju działania z upiększaniem, odmładzaniem, poprawianiem wyglądu. Jednym słowem – z zabiegami estetycznymi, które mają wymiar komercyjny. Nieprecyzyjny język polski sprawia, że nie ma wyraźnego oddzielenia tych dwóch kwestii. Z całą mocą należy jednak podkreślić, że chirurgia plastyczna wyrównuje braki powstałe wskutek różnego rodzaju zdarzeń, przywraca funkcje i ratuje życie, a zabiegi estetyczne mają na celu poprawianie urody lub wad głównie subiektywnie odczuwanych przez pacjenta.

> **W ostatnich 20-30 latach nastąpił szybki rozwój chirurgii plastycznej, co ma związek z rozwojem mikrochirurgii i transplantologii.**

**Dziedzina medycyny, o której rozmawiamy, ma ciekawą historię...**
Sięga ona starożytnego Egiptu, Indii, gdzie za kradzież karano obcięciem nosa. Pierwsze zabiegi chirurgii plastycznej były więc związane z rekonstrukcją tego narządu, ale też z zamykaniem ran po oparzeniach, chorobach, urazach odniesionych podczas różnego rodzaju działaniach wojennych. Rana to nic innego jak ubytek powłok i znajdujących się pod nią tkanek. Niezamknięta prowadzi do groźnych powikłań, a niejednokrotnie nie da się jej zamknąć bez przeszczepu skóry, co także jest domeną chirurgii plastycznej.

W ostatnich 20-30 latach nastąpił szybki rozwój tej dziedziny medycznej, co ma związek z rozwojem mikrochirurgii i transplantologii. Obecnie stosuje się płaty z odległych okolic ciała, a także od dawców, co ma spektakularne znaczenie np. w przeszczepach ręki, skóry twarzy, w rozległych oparzeniach. Nie udało się, niestety, stworzyć sztucznej skóry, choć od czasu do czasu pojawiają się na ten temat różne sensacyjne doniesienia. Początkowo tego rodzaju zabiegi wykonywali entuzjaści, którzy opanowali sztukę mikrochirurgii, ale obecnie większością z nich zajmują się specjaliści chirurgii plastycznej.

**Mamy epidemię nowotworów, jak często pacjenci onkologiczni trafiają w ręce chirurgów plastycznych?**
Bardzo często, głównie są to chorzy po wycięciu rozległych nowotworów w okolicach głowy i szyi, ale też po mastektomii, chociaż obecnie są już oni objęci kompleksową opieką medyczną. Dzięki operacjom plastycznym i rekonstrukcyjnym pacjenci odzyskują funkcje związane z przeżuwaniem pokarmów, przełykaniem, dawnym wyglądem. Staramy się ich przywrócić

do normalnego życia. U nich to życie było zagrożone i, ratując je, trzeba było poświęcić fragmenty tkanek czy skóry. Chirurgia plastyczna zajmuje się też leczeniem wad rozwojowych u dzieci, np. rozszczepów wargi i podniebienia, chociaż w tej chwili większość tych pacjentów przejmuje chirurgia dziecięca. Paradoksalnie, kiedyś chirurgia plastyczna „podbierała" pacjentów innym specjalnościom, obecnie jest odwrotnie, np. wady wrodzone układu moczowo-płciowego operują już chirurdzy urolodzy.

**Czy to stanowi jakiś problem?**
Nie, ale zawęża nasze pole działania, szczególnie jeśli chodzi o kształcenie młodych kadr. Pacjenci z wadami rąk trafiają na chirurgię ortopedyczną, z rozszczepami podniebienia – na chirurgię dziecięcą. Tymczasem, niezależnie od tych podziałów, chirurg plastyczny powinien umieć przeprowadzić każdy z tych zabiegów. Zajmujemy się też – i to jest liczna grupa – chorymi z zespołem Lyella. Choroba ta prowadzi do martwicy naskórka i nabłonka na skórze oraz śluzówkach i cechuje się wysoką śmiertelnością.

> Chirurgia plastyczna nie jest specjalizacją niezbędną w każdym szpitalu, dlatego po ukończeniu specjalizacji tylko część lekarzy znajduje pracę w oddziałach szpitalnych o tym profilu. Większość zatrudnia się w prywatnych klinikach i gabinetach medycyny estetycznej.

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

> W Polsce jest około 250 chirurgów plastycznych – wskaźnik liczby lekarzy tej specjalności na jednego mieszkańca jest podobny jak w Niemczech. Rzecz w tym, że nie są oni właściwie wykorzystani przez kliniki i oddziały szpitalne.

**A leczenie oparzeń?**
Jeśli chodzi o kadry i umiejętności, chirurgia plastyczna jest najlepiej przygotowana do rekonstrukcji skóry i tkanek uszkodzonych wskutek oparzeń. W najstarszym ośrodku leczenia oparzeń w Siemianowicach Śląskich pracują lekarze innych specjalności, którzy też leczą dobrze. Moim zdaniem, oparzeni powinni trafiać do oddziałów specjalizujących się w tej dziedzinie. Gros takich przypadków jest w Polsce leczonych nieoptymalnie. Jeśli chodzi o replantacje kończyn, to w Polsce zajmuje się tym 5 oddziałów: w Poznaniu, Szczecinie, Trzebnicy i Krakowie, a ostatnio w Łęcznej. Uważam, że każdy oddział chirurgii plastycznej, a jest ich w kraju 12, powinien być w stanie wykonywać również zabiegi replantacyjne na ostro i dalej kontynuować leczenie.

**Jak się ma chirurgia estetyczna do plastycznej?**
Jest jej nierozerwalną częścią i nie odżegnujemy się od niej, ale chcemy, aby zabiegi chirurgii estetycznej przeprowadzali profesjonaliści – lekarze wykształceni w tym kierunku, znający zależności tkankowe, czyli chirurdzy plastyczni. Chodzi o to, aby nie szkodzić pacjentowi. To są przeważnie zabiegi dotyczące wyglądu, a mamy tu do czynienia z cienką granicą pomiędzy leczeniem a jego komercjalizacją, popartą reklamami i dobrym pijarem. To samo można powiedzieć o zjawisku, jakim generalnie jest medycyna estetyczna. W ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty jest jasno powiedziane, że tylko lekarz ma prawo ingerować w tkanki ludzkie. A z tego, co wiem, medycyną estetyczną zajmują się osoby, które takich uprawnień nie mają, co czasem kończy się tragicznie.

**Czy towarzystwo reaguje na tego rodzaju zdarzenia?**
Jesteśmy towarzystwem naukowym i naszym statutowym celem jest szkolić naszych członków, umożliwiać im kontakt z najnowszą wiedzą w dziedzinie chirurgii plastycznej, tworzyć warunki do wymiany doświadczeń z najlepszymi ośrodkami w świecie. Organizujemy w tym celu konferencje naukowe, np. chirurgii piersi, wad rozwojowych, warsztaty, staramy się podnosić poziom kwalifikacji naszych członków i dotrzymywać kroku najlepszym. To ważne, ponieważ rozwój chirurgii plastycznej jest bardzo dynamiczny, szczególnie jeśli chodzi o techniki mikrochirurgiczne umożliwiające różnego typu przemieszczanie tkanek. To bardzo złożone techniki dotyczące nie tylko skóry, ale też mięśni i kości. ■

GŁOS CZYTELNIKÓW

# Piekło umierania

**Szanowna Redakcjo, piszę w sprawie eutanazji, który to temat został wreszcie poruszony na łamach „Gazety Lekarskiej" (artykuł doktora Leona Ferfeckiego w marcowym numerze). Przeżyłam szmat czasu, w sierpniu kończę 94 lata.** Jestem córką lekarzy, mój Ojciec był znanym chirurgiem w Polsce po odzyskaniu niepodległości 100 lat temu. Też byłam lekarzem, jednak stosunkowo wcześnie przestałam praktykować – nie wytrzymywałam psychicznie cierpienia ciężko chorych ludzi, a szczególnie umierania w cierpieniu. Zawsze uważałam, że umieranie bliźnich w cierpieniach to okrucieństwo. Nazywałam to i nadal nazywam „piekłem umierania". Teraz szykuję się na własną śmierć, która niechybnie nadejdzie.

Zwracam się do młodych Koleżanek i Kolegów lekarzy (dla mnie wszyscy jesteście młodzi): podobnie jak pomagacie ludziom przy ich narodzinach oraz w chorobach i cierpieniach przez całe ludzkie życie, nie zapominajcie o usuwaniu cierpienia ludziom umierającym. Też umrzecie, każdy człowiek umrze. Nie stosujcie uporczywej terapii wtedy, gdy ona tylko przedłuża cierpienie osoby umierającej.

Zapewniajcie bliźnim ortotanazję. Zabiegajcie o możliwość stosowania eutanazji, czyli „dobrej śmierci".

Nie pozwalajcie, aby życie ludzkie kończyło się dystanazją, czyli „piekłem umierania".

Też zakończę sentencją: Memento Mori. ■

*Wanda Radlińska*

# Wycena w AOS od lat stoi w miejscu

**Pozwalam sobie na krótką wypowiedź w sprawie wyceny ambulatoryjnych procedur chirurgicznych. W 2012 r. NFZ płacił za punkt chirurgiczny ok. 8,3 zł, ale też i punktacja była zupełnie inna.** W ciągu następnych lat kilkakrotnie zmieniano wycenę punktową procedur, ostatnią – jesienią ub. r., np. zmieniono punktację wizyty konsultacyjnej z 3,5 do 33 pkt., ale przelicznik finansowy pozostał dokładnie ten sam. Komu to było potrzebne, aby teraz liczyć punkty w tysiącach, zamiast w setkach? Nie wiadomo, chociaż niektórzy twierdzą, że jak nie wiadomo o co chodzi... Oczywiście spowodowało to dodatkowe koszty, bo trzeba było zmieniać programy komputerowe. Wszyscy podpisujący umowy z NFZ twierdzą, że po kolejnych zmianach = przeliczeniach i tak wychodzi na to samo: wycena od 8 lat nie uległa podwyższeniu.

Jeszcze kilka lat temu właściciele mogli coś zarobić na usługach chirurgicznych. Od 4 lat jest systematyczny zjazd, od 2 lat poradnie są na minusie, albo ledwo wychodzą na zero. Materiały chirurgiczne, zwłaszcza szwy, zawsze były drogie, a procedury niedoszacowane. Przykład: NFZ płaci za usunięcie dwóch zmian z dwoma badaniami histopatologicznymi tak jak za jeden. To tak, jakby malarz wymalował nam dwa pokoje, a my chcielibyśmy zapłacić tylko za jeden. Byłoby to oszustwo, więc jak nazwać to, co robi Fundusz? Procedura Z90, która dotyczy usunięcia 1-2 zmian + 2 badania histopatologiczne (średnio 30 zł za jedno) została wyceniona na 187 zł. Procedura Z91, obejmująca usunięcie do trzech zmian + 3 badania histopatologiczne, nie wynosi 187x3, czyli 561 zł, tylko 374 zł. Procedura Z92, obejmująca usunięcie od 4 zmian + 4 badania histopatologiczne, to nie jest koszt 4x187 zł, czyli 748 zł, tylko 560 zł.

I tak jest ze wszystkim. Powszechny zabieg usunięcia paznokcia wyceniono na 33 zł, wycięcie zmiany niewymagającej badania histopatologicznego (kaszak, tłuszczaki) to wartość 61 zł, nacięcie ropnia – 47 zł (SIC!), a usunięcie szwów (niezależnie od tego, po ilu usuniętych zmianach) to 33 zł. Kto to wyceniał? Nacięcie ropnia jest nieporównywalnie poważniejszym działaniem niż usunięcie szwów, nie mówiąc o zużytych narzędziach,

środku znieczulającym czy ilości materiału opatrunkowego.

I tak można by w kółko. Mam wrażenie, że wyceny są ustalane przez ludzi, którzy albo są urzędnikami, albo lekarzami, którzy stali się urzędnikami, bo już wiele lat nie mieli styczności z praktyką. Od ponad roku NFZ zapowiadał nowy konkurs ofert dla AOS i właściciele spółek bardzo liczyli na podwyżkę wyceny punktów. Tymczasem mijały kolejne terminy: styczeń 2018 r., potem marzec, lipiec, wrzesień, aż w końcu styczeń 2019 r. I nic, tylko kolejne aneksy do umowy. Jak się okazuje, we wrześniu (raczej już po wyborach, żeby ludzi nie drażnić), Fundusz ma przeprowadzić „audyt", szacujący pracę poszczególnych poradni (wg jakich kryteriów?) i dopiero wówczas mają być rozpisane konkursy. Będzie się działo – walka na noże i prześciganie się poszczególnych spółek w obniżaniu wartości punktu, aby tylko się utrzymać na powierzchni. Tak już było, ale to proceder niemoralny, żeby nie powiedzieć, bandycki.

Czytam systematycznie „GL", ale nie pamiętam, aby w ostatnich latach został poruszony temat wyceny procedur AOS. Jakby problem nie istniał. Stale się mówi o kolejkach i braku kadr, co jest oczywiście prawdą, o protestach lekarzy POZ, którzy znakomicie wiedzą, że rządzący ich nie ruszą. Stale czytam o szpitalach i niedoszacowanych procedurach. Są artykuły o udziale przedstawicieli NIL w posiedzeniach UEMS, jakże my tam jesteśmy aktywni (ostatnio uczestniczył w posiedzeniu chirurg, prezes NIL), czytam raport, jak ta organizacja się rozwija... Tyle że nic dla nas, szeregowych lekarzy specjalistów w Polsce, z tego nie wynika. Przepraszam za ten sarkazm, ale tak to postrzegam.

Pracuję w zawodzie 44 lata i, niestety, niewiele się zmieniło. To przykre. Bardzo proszę o poruszenie tego tematu na łamach „GL" i jego analizę. Jestem pewna, że będzie odzew ze strony koleżanek i kolegów specjalistów.

- Wycena 1 punktu chirurgicznego = 1 zł
- Za zabieg usunięcia 1 zmiany: 187 pkt = 187 zł
- Mnie płacono za 122 punkty po 0,45 zł = 54,9 zł (brutto, ok. 41 zł netto)
- Pracodawca miał dla siebie 132,1 zł (187 zł-54,9 zł)

W ramach 132 zł mieszczą się: badanie histopatologiczne (30 zł), koszty szwów, materiału opatrunkowego, leków odkażających pole operacyjne, wynagrodzenie pielęgniarki, rejestratorki, sprzątaczki, gabinet, media itp.

Od 8 lat nie zmieniono wyceny punktu chirurgicznego, a koszty wzrosły. ■

*Barbara de Link Lenczowska,*
*specjalista II st. chirurgii ogólnej*

## KOMENTARZ

**Po otrzymaniu tego listu, zapytaliśmy Narodowy Fundusz Zdrowia, czy zmieniła się (wzrosła) wycena świadczeń dla chirurgii w 2019 r. – W roku 2019 obowiązują kontrakty podpisane w latach poprzednich, które zostały aneksowane do końca 2019 r. Dyrektorzy OW NFZ przeprowadzają na bieżąco postępowania uzupełniające, w sytuacji kiedy stwierdzą brak zabezpieczenia świadczeń na danym terenie – poinformowała nas Marta Popek z Biura Komunikacji Społecznej Centrali NFZ.**

Na stronie Funduszu pojawiła się również informacja, że 29 marca prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podpisał zarządzenia (nr 37/2019/DSOZ) dotyczące ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie kosztochłonnej diagnostyki – tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM), oraz leczenia szpitalnego, dzięki któremu operacje usunięcia zaćmy będą finansowane bezlimitowo, zgodnie z rzeczywistą liczbą wykonanych badań i zabiegów. Pozwoli to na zmniejszenie liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń, a tym samym skrócenie czasu oczekiwania. Zarządzenia gwarantują zwiększenie kontraktów placówek opieki zdrowotnej raz na kwartał, adekwatnie do wartości wykonanych świadczeń.

Pytanie, czy Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji dokonała nowej wyceny punktów dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i czy to prawda, że od 8 lat nie uległa ona zwiększeniu, wysłaliśmy dwukrotnie do AOTMiT. Niestety, nie otrzymaliśmy odpowiedzi. ■

*Redakcja „Gazety Lekarskiej"*

SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

# Ochrona zdrowia minus

Dzięki wyższym wpływom ze składek, publiczne nakłady na ochronę zdrowia rosną szybciej, niż przewiduje ustawa. W tym roku mają osiągnąć pułap 4,92 proc. PKB, zamiast deklarowanych 4,86 proc. W rzeczywistości będzie gorzej niż mówią liczby, bo tylko 4,52 proc. PKB.

**Wszystko dlatego, że rząd jako punkt odniesienia przyjmuje rok 2017. Co ciekawe, wydatków na cele obronne rządzący w ten sposób nie liczą. Tam jednak wszelkie księgowe sztuczki byłyby z miejsca wyłapane przez bystre oko Wielkiego Brata, który znów mógłby się obrazić i zakazać naszym oficjelom wstępu na swoje salony.**

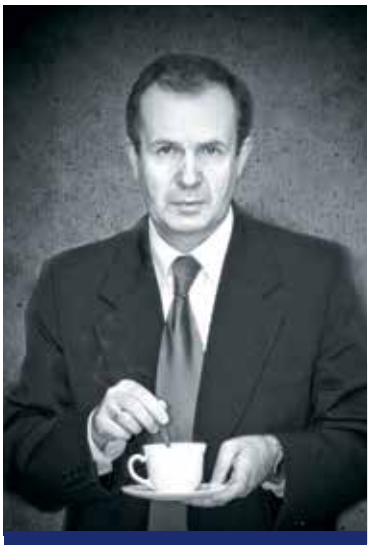
Krajowe podwórko to coś zupełnie innego. Tu obowiązuje barejowska zasada: „nie mamy pańskiego płaszcza i co pan nam zrobi?". Zaoszczędzone na nas pieniądze, czyli około 10 mld zł, rząd już wydał na słynną „piątkę Kaczyńskiego". Niemal 11 mld zł kosztowała dodatkowa emerytura. Media sympatyzujące z przewodnią siłą narodu mówią o tych pieniądzach „Jarkowe". Bardziej precyzyjna nazwa tej trzynastki mogłaby brzmieć „szpitalne", „przychodniane", „sorowskie", a jeśli odwoływać się do ludzi, to „lekarzowe", „pielęgniarkowe" albo „ratownikowe". Jarosław Kaczyński, podobnie jak premier Morawiecki i jego ministrowie, nie mają aż tak wielkich pieniędzy, by rozdać je milionom. Żeby komuś dać, muszą komuś zabrać. To prosta, choć odnoszę wrażenie, u nas wciąż mało znana zasada.

Ochrona zdrowia wybitnie nadaje się, by czerpać z niej garściami. Paradoksalnie, w dużej mierze z powodu panującej w niej biedy i bałaganu. I tak tonie w długach, i tak są kolejki, a jak coś pójdzie nie tak i zrobi się afera, zawsze można zrzucić winę na personel. Senator Konstanty Radziwiłł po tragedii w Sosnowcu powiedział: „Jeżeli pacjent trafia na SOR i umiera, siedząc na krześle w kolejce, to jest to totalna porażka, przede wszystkim tych, którzy są bezpośrednio odpowiedzialni za organizację i udzielanie pomocy medycznej, a w konsekwencji bezpieczeństwo pacjentów w tym miejscu". Można też wykpić się nadal modnym balcerowiczowskim powiedzeniem o konieczności uszczelnienia systemu przed dodaniem do niego pieniędzy. Ciągle słyszymy urywki z tej samej starej płyty, niezależnie od tego, jaka zmiana jest akurat u władzy. „Dobra zmiana" upodobała sobie transfery pieniędzy zwane polityką społeczną. To największa duma gabinetu Mateusza Morawieckiego, o której usłyszymy w każdym wydaniu telewizyjnych „Wiadomości". Przekładanie pieniędzy z kieszeni do kieszeni odbywa się przy tym tak zapamiętale, że mało kto zauważa, że dostał to, co właśnie mu zabrano. Wspomnieni już emeryci są bardzo dobrym przykładem. Jedną ręką daje się im dodatkową emeryturę, a drugą przymyka drzwi do systemu publicznej ochrony zdrowia, którego właśnie oni są głównymi beneficjentami.

Rzecz jasna, nic za darmo. Dzierżący ster władzy politycy liczą na wdzięczność przy urnach. Stąd koncepcja objęcia transferami możliwie jak największej liczby potencjalnych wyborców i wyraźne wzmożenie rozdawnictwa na kilka miesięcy przed wyborami.

Nie mam nic przeciwko walce z biedą w rodzinach wielodzietnych, wyższym emeryturom i podnoszeniu poziomu życia w Polsce powiatowej. Tylko trzeba to robić z głową, a nie na oślep lub w celu osiągnięcia bieżących politycznych celów. Miarą sprawnego państwa i jakości życia jego mieszkańców nie jest liczba programów rozdawniczych, a dobrze działające państwowe instytucje, w tym publiczna opieka zdrowotna. Jak się okazuje, były pieniądze na wydatną poprawę w tym zakresie. Poza tym większe dochody budżetowe można było przeznaczyć na redukcję długu publicznego, a czas koniunktury gospodarczej sprzyjał decyzjom o redukcji podatków. Nic takiego nie miało miejsca. Dla nas, lekarzy, taka polityka jest po prostu niebezpieczna. Wypowiedź doktora Radziwiłła doskonale pokazuje, dlaczego. ■

> **Ochrona zdrowia wybitnie nadaje się, by czerpać z niej garściami. Paradoksalnie, w dużej mierze z powodu panującej w niej biedy i bałaganu.**



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (89)

# Kulturalna rezolucja

W ciągu trzech dekad odrodzonego samorządu lekarskiego, poza realizacją ustawowych zadań, we wszystkich niemal izbach odbywa się niezliczona ilość wydarzeń artystycznych. Medycyna swój rodowód wywodzi z humanistyki. Przypominamy o tym w konkursach literackich, plenerach malarstwa, fotografii i ceramiki oraz podczas koncertów. To nie jest tylko indywidualna pasja, ale misja integracyjna.

**W ostatnią sobotę maja odbył się Pierwszy Mały Kongres Kultury Lekarskiej. Wielogodzinną dyskusję z udziałem przedstawicieli 15 izb lekarskich, wielu stowarzyszeń twórczych lekarzy oraz menadżerów kultury uwieńczono przyjęciem rezolucji skierowanej do Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej:**

„My, lekarze i lekarze dentyści, twórcy sztuki i organizatorzy wydarzeń kulturalnych z udziałem i dla środowiska lekarskiego oraz pacjentów, wraz ze wspomagającymi nas profesjonalistami, prosimy o uwzględnienie przez Naczelną Radę Lekarską wniosków z Pierwszego Małego Kongresu Kultury Lekarskiej odbywającego się 25 maja 2019 roku w Płocku.

**Po pierwsze** zwracamy się z prośbą o przeprowadzenie audytu komunikacji wewnętrznej organów oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej i okręgowych izb lekarskich w celu poprawy jakości przepływu informacji i koordynacji działań z zakresu kultury w przestrzeni ogólnopolskiej. Chcemy w ten sposób zwiększyć dostępność oraz promocję wydarzeń kulturalnych tak, aby zachęcić środowisko lekarskie do aktywności artystycznej i kulturalnej.

**Po drugie** chcielibyśmy, za pośrednictwem Prezydium NRL, poprosić prezesów o wyizolowanie komisji zajmujących się wyłącznie kulturą i sztuką w okręgach izb lekarskich lub ich utworzenie w tych izbach, które takich nie powołały. Pozwoliłoby to na utworzenie sieci wymiany dzieł artystycznych pomiędzy poszczególnymi izbami.

**Po trzecie** uczestnicy Kongresu z niepokojem przyjmują informacje, że od początku VIII kadencji zmniejszane są budżety komisji kultury i klubów lekarza w niektórych okręgowych izbach lekarskich nawet o 60 proc. w stosunku do lat poprzednich. Kongres stoi na stanowisku, że nakłady na kulturę lekarską powinny rosnąć, a izba lekarska nie może pełnić wyłącznie roli urzędu. Pozwólmy, aby zgodnie z art. 5 pkt 13 ustawy o izbach lekarskich samorząd był miejscem integracji naszego środowiska.

**Po czwarte** postulujemy do Konwentu Prezesów, aby członkowie samorządu lekarskiego mogli w równej mierze i na takich samych warunkach korzystać ze wszystkich wydarzeń kulturalnych, niezależnie od okręgu przynależności.

**Po piąte**, z okazji jubileuszu 30-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego w Polsce, zwracamy się do Państwa o zainicjowanie, za pośrednictwem Komisji Kultury NRL, profesjonalnej digitalizacji, archiwizacji i skatalogowania na serwerach NIL wszelkich zasobów twórczości artystycznej lekarzy i lekarzy dentystów, głównie z zakresu: literatury, malarstwa, fotografii, muzyki, śpiewu, tańca i kabaretu oraz rzemiosła artystycznego.

Uczestnicy Kongresu stoją na stanowisku, że podejmowanie działań związanych z kulturą, w zakresie twórczości własnej i odbioru sztuki wyższej, ma pozytywny wpływ na społeczny wizerunek lekarzy i lekarzy dentystów”.

Polski samorząd dysponuje niespotykanym nigdzie na świecie arsenałem artystów we wszystkich dziedzinach kultury i sztuki. Nie potrafimy tego wykorzystać, zapominając o humanistycznych atutach, które są niezbędne w budowie zawodowego prestiżu. Wszak „lek dobrego słowa” powstaje w alchemicznym tyglu nut, liter, obrazów i bibelotów. ■

> **W ostatnią sobotę maja odbył się Pierwszy Mały Kongres Kultury Lekarskiej.**

AGATA MORKA
historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

# Na sen

Jedną z najistotniejszych kontrybucji Woody'ego Allena dla ludzkości jest, niewątpliwie, oswojenie widzów z wnętrzem gabinetu terapeutycznego. Reżyser wprowadził do zbiorowej wyobraźni typowy pokój z wygodną kozetką, dyskretnymi obrazami na ścianach i tomami Freuda w tle. A co zdobiło ściany gabinetu samego wielkiego pioniera psychoanalizy?

A

B

Obraz: Johann Heinrich Füssli, „Koszmar", 1781, Detroit Institute of Arts

**Legenda głosi, że austriacki neurolog powiesił na ścianie obraz Johanna Heinricha Füssliego, który pod koniec XVIII w. wywołał niemały skandal. Nawet jeśli nie ma w tej legendzie ani ziarna prawdy, to nie zdziwiłaby mnie taka decyzja dekoratorska Freuda. W „Koszmarze" Füssli sięga do najciemniejszych pokładów marzeń sennych, z mistrzostwem przeplatając ból, strach i przyjemność.**

W okresie, gdy na malarskich salonach królowały przedstawienia historyczne, ujęte w klasyczne ramy wycyzelowanych kompozycji, Füssli sięgnął po temat, który na owe czasy nie był w zasadzie tematem. Cóż tak naprawdę dzieje się na jego obrazie? Nie ma tutaj rzymskich bohaterów zmieniających bieg historii rodem z Jacques-Louis'a Davida. Zamiast tego mamy kobietę rozciągniętą na łóżku w pokoju, o którym w zasadzie niewiele można powiedzieć. Na jej brzuchu zaś siedzi czy to człowiek, czy zwierzę o twarzy dość potwornej. Czy zjawa uosabiać ma zły sen kobiety?

Koszmar opowiedziany został przez Füssliego za pomocą gry kontrastów, tak wizualnych, jak i fakturowych. Biała suknia kobiety zyskała jeszcze większą wyrazistość w zestawieniu z ciemnym tłem, miękkość jej sukni wybija na tle szorstkości skóry potwora. Być może najbardziej tajemniczą częścią obrazu jest twarz śpiącej. Czy wyraża strach, czy może rozkosz? Co kryje się pod tymi zamkniętymi powiekami i niedomkniętymi ustami?

Lubię wyobrażać sobie, jak Sigmund patrzył na ten obraz w swoim gabinecie. I co w nim widział. ■

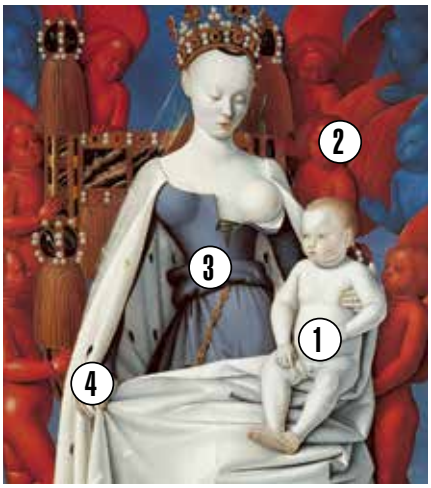
# Rozwiązanie zagadki z „GL” 5/2019

**1. Palec wskazujący Jezusa schowany w pięści.**
Na oryginalnym obrazie Jezus ma wyciągnięty palec wskazujący lewej dłoni w dość niezwykłym geście. Gesty dłoni Jezusa w przedstawieniach z Madonną mają zazwyczaj charakter przekazywanego błogosławieństwa. W tym wypadku zdaje się, że Jezus wskazuje w kierunku lewego panelu dyptyku z donatorem.

**2. Zmiana kolorów aniołów.**
Tak, że te oryginalnie czerwone stają się niebieskie, a niebieskie czerwone: kolorystyka aniołów na obrazie nie jest przypadkowa: trzy niebieskie to cherubiny reprezentujące powietrze, a 6 pozostałych, czerwonych, to serafiny.

**3. Zmiana koloru szaty Agnes na biały.**
Tradycyjnie Madonny przedstawiano w szatach błękitnych, istnieje wiele przedstawień, w których okalają one swoim opiekuńczym płaszczem czy to Jezusa, czy ludzi.

**4. Ubrudzenie rąk Agnes.**
Oficjalną przyczyną śmierci Agnes była czerwonka, zwana „chorobą brudnych rąk”.




Obraz: Jean Fouquet, „Madonna z dzieciątkiem, otoczeni przez anioły”, dyptyk z Melun, około 1450, Królewskie Muzeum Sztuk Pięknych, Antwerpia

NAGRODZENI Z „GL” 5/2019: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Agata Kamińska (Siedlce)**.
Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Monika Guzowska-Sobieraj (Warszawa), Jadwiga Kosińska (Prudnik), Magdalena Lamm (Otmice)**.

## Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 17 czerwca 2019 r.**
W temacie maila należy wpisać **GL06** oraz podać dane do kontaktu
(imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT ★★★★
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

### Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju

ufundował voucher obejmujący m.in.:

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla 2 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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

### Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:

KLAUZULA INFORMACYJNA
Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż: 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa; 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@hipokrates.org; 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres maksymalnie 1 roku; 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych; 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

KULTURA

# Koncert

**14 czerwca** w Puszczykowie, **15 czerwca** w Poznaniu, a **16 czerwca** we Wrocławiu odbędą się koncerty charytatywne z udziałem lekarzy z Polski i Niemiec. Artyści wykonają Requiem Antonína Dvořáka na chór i orkiestrę.

# „Puls Słowa"

PATRONAT

Do **30 czerwca** można nadsyłać prace do X Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls Słowa" dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów (na adres: Redakcja „Zdrowej Pragi" 03-719 Warszawa ul. Jagiellońska 34). Dodatkowych informacji udziela Majka Maria Żywicka-Luckner, tel. 22 619 42 31, 604 286 324, e-mail: majkazywicka@wp.pl. Patronem medialnym konkursu jest „Gazeta Lekarska".

# Finał konkursu

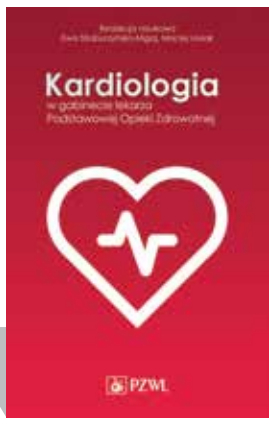
Już **9 czerwca** w łódzkim Klubie Lekarza odbędzie się uroczyste rozstrzygnięcie IX Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego pod hasłem „Pisać każdy może". Organizatorem konkursu jest OIL w Łodzi wraz z Literacką Grupą Nieformalną. Wieczór uświetni występ zespołu Druga Klinika.

gazetalekarska.pl

## NASZA CZYTELNIA

**Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania**
Redakcja: Beata Tobiasz-Adamczyk, Monika Brzyska, Tomasz Grodzicki

Publikacja przygotowana przez lekarzy i socjologów zajmujących się tematyką starości i starzenia się. Przedstawiają oni zjawisko zaniedbania i samozaniedbania seniorów z wielu perspektyw, zarówno tych stricte medycznych, jak i pod względem uwarunkowań społecznych.




**Kardiologia w gabinecie lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej**
Redakcja: Ewa Straburzyńska-Migaj, Maciej Lesiak

Zbiór użytecznych zagadnień z zakresu najpowszechniejszych chorób kardiologicznych w praktyce lekarza rodzinnego. W podręczniku opisano m.in. metody diagnostyczne i terapii chorób serca, układu krążenia i wielkich naczyń krwionośnych, a także poruszono kwestię specyficznych problemów związanych z ich leczeniem.

**SPORT**

FOTO: MAREK STANKIEWICZ

# Golf

W ostatnią niedzielę maja, nad Zalewem Zemborzyckim w Lublinie, odbył się Turniej Golfa w ramach Lekarskich Mistrzostw Polski.

# Rajd

**13 lipca** w Bukowie koło Polanowa przy okazji rajdu Czarna Cobra odbędą się I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Rajdach na Orientację. Udział w rajdzie dla wszystkich członków OIL w Koszalinie jest bezpłatny.

# Zlot

W dniach **22-25 sierpnia** w Ośrodku „Wodnik" w Słoku koło Bełchatowa odbędzie się Jubileuszowy XV Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy „DoctorRiders" 2019.

# Igrzyska

W dniach **4-8 września** pod Giewont zjadą lekarze sportowcy z całej Polski już po raz siedemnasty. Letnie Igrzyska Lekarskie w Zakopanem odbywają się pod patronatem „Gazety Lekarskiej".

GL PATRONAT

gazetalekarska.pl

**Kultura śmierci. Gdy medycynie wolno szkodzić**
Wesley J. Smith

Polski przekład głośnej książki „Culture of Death: The Age of Do Harm Medicine" o przemianach kulturowych w sferze etycznej, prawnej i społecznej, które mają wpływ na warunki pracy lekarzy – szczególnie w zakresie fundamentalnych wartości, jakim przyświeca medycyna. Książkę wydano staraniem Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie.

**Żywot Marzycielki… Julianny Zarębskiej (1918-2002)**
Maciej Andrzej Zarębski

Autor to lekarz, pisarz, regionalista i podróżnik. Przedstawia historię życia swojej matki. To szczegółowy opis barwnego życia kobiety, dla której rodzina to priorytet, a dzieci – największe dobro, ale jednocześnie udowadniającej, że nie można rezygnować z własnych marzeń. Opowieść jest bogato ilustrowana fotografiami z życia głównej bohaterki.

WSPOMNIENIE

# Dr Jan

31 marca odszedł na wieczny dyżur Jan Bohdan Gliński [pseud. Gbur, Doktór Jan] – uczestnik walk obronnych i lekarz podczas II wojny światowej, komendant PRS przy ul. Nowogrodzkiej 34 w czasie Powstania Warszawskiego, po wojnie dyrektor Sanatorium Przeciwgruźliczego w Rudce. Miał 103 lata.

**Jan Bohdan Gliński przyszedł na świat w grudniu 1915 r. w Wiedniu. Pochodził z rodziny lekarskiej z Opatowa Kieleckiego. Gimnazjum ukończył w Rydzynie. Następnie studiował medycynę na Uniwersytecie im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Końcowe egzaminy lekarskie zdał podczas okupacji niemieckiej w 1941 r.**

W kampanii wrześniowej 1939 r. jako strzelec-ochotnik brał udział w walkach Samodzielnej Grupy Operacyjnej „Polesie" gen. Franciszka Kleeberga, po kapitulacji trafił do niewoli, ale w 1940 r. został zwolniony. Pracował w Szpitalu Powiatowym w Opatowie Kieleckim, a od 1942 r. był asystentem w Szpitalu Zakaźnym w Warszawie. Na początku 1942 r. zaangażował się w działalność konspiracyjną – jako członek organizacji „Unia", a potem w Armii Krajowej w zgrupowaniu „Gurt".

Przed wybuchem Powstania Warszawskiego szkolił sanitariuszki i leczył AK-owców, a także Żydów. Na czas zrywu był komendantem Punktu Ratowniczo-Sanitarnego przy ul. Nowogrodzkiej 34, z którego pod koniec sierpnia wraz z chorymi i całym personelem został wypędzony przez Niemców. Trafił do obozu przejściowego w Pruszkowie, z którego udało mu się zbiec. Do grudnia 1944 r. prowadził szpital powstańczy w Górcach.

Dr Gliński opowiedział nam o tych wydarzeniach w wywiadzie, który ukazał się kilka lat temu w „Gazecie Lekarskiej": „Wyszliśmy, nim Niemcy się zorientowali. Udało mi się nawiązać kontakt z AK. Oddelegowano nas do Górc, gdzie zorganizowaliśmy szpital dla osób, które uciekły z miasta. Pracowaliśmy w drewnianej szkole, a mieszkaliśmy w domu pielęgniarki Kominkowej, która przed nami była jedynym przedstawicielem służb medycznych w Górcach. Mogliśmy działać tylko dzięki wspaniałym mieszkańcom. Ci ludzie, choć sami niewiele mieli, dzielili się z nami jedzeniem, organizowali leki" – wspominał na łamach naszego pisma.

Po wojnie osiedlił się wraz z rodziną w Zgorzelcu, gdzie przez kilka lat był jedynym polskim lekarzem w powiecie. Organizował tam lokalną służbę zdrowia. Od 1954 r. związał swoje życie z Sanatorium Przeciwgruźliczym w Rudce (od 1972 r. do emerytury był dyrektorem tej placówki). Równocześnie udzielał się społecznie. Był także wielkim pasjonatem historii medycyny. Brał udział w założeniu Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Do końca swoich dni był jej przewodniczącym, a także Koła Historycznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Jest autorem 6 tomów „Słownika biograficznego lekarzy i farmaceutów – ofiar drugiej Wojny Światowej".

A prywatnie? – To był czarujący człowiek. Zawsze elegancki, a przy tym skromny i bardzo pracowity. To mój przyjaciel. Zawsze będę ciepło o nim pamiętać. Współpraca z nim była dla mnie nie tylko zaszczytem, ale i dowodem bezgranicznego zaufania – wspomina prof. Bibiana Mossakowska, wieloletnia wiceprzewodnicząca Koła Historycznego TLW, dodając że doktor Gliński aktywnie uczestniczył w posiedzeniach do samego końca, poza ostatnim na dwa dni przed jego odejściem.

Osoby, które miały szczęście spotkać na swojej drodze dra Glińskiego, podkreślają jego wielki patriotyzm oraz że wszystko, czego dokonał, mógł zrobić tylko dobry człowiek. Sam doktor Gliński mówił, że jest, jaki jest, dzięki swoim rodzicom.

9 kwietnia Jan Bohdan Gliński spoczął w grobie rodzinnym na Starych Powązkach w Warszawie. ■

**Jan Bohdan Gliński** został odznaczony m.in.: Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Armii Krajowej, Warszawskim Krzyżem Powstańczym, Medalem Wojska, Medalem za Warszawę 1939-1945, Medalem za Udział w Wojnie 1939, Zasłużonym dla Zdrowia Narodu, Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, w stulecie urodzin Towarzystwo Lekarskie Warszawskie nadało mu tytuł „Spectassimus".

Źródło: TLW, Muzeum Powstania Warszawskiego, materiały własne FOTO: Archiwum „GL"

BEATA JANUSZKO-
-GIERGIELEWICZ
laureatka konkursu
„Przychodzi wena
do lekarza" 2018

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

# Pęknięte serce, czyli znieczuleni aż do bólu (fragmenty)

gazetalekarska.pl

Telefon w szpitalu najczęściej nie wróży niczego dobrego. Szczególnie na dyżurze, a już z pewnością w godzinach popołudniowych. Ten zaś rozległ się zupełnie niespodziewanie. Ostry dźwięk telefonu wyrwał mnie z monotonnego rytmu uzupełniania historii chorób, który przerywał jedynie ciąg szlagierów, płynący z włączonego radia.

Dzwonił lekarz dyżurny z oddziału chirurgii. Przyjęli tam przed kilkoma godzinami młodego człowieka po silnym urazie przedniej części klatki piersiowej (spadły na niego bale drewna podczas pracy w pobliskim tartaku), pozostającego na obserwacji. Lekarz dyżurny referował: – Chory w stanie ogólnym dobrym, w kontakcie słownym logicznym, ból uśmierzony farmakologicznie, parametry morfologii krwi „trzyma", problemem jest utrzymująca się tachykardia i tendencja do niskich wartości ciśnienia tętniczego. Poza tym bez niepokoju klinicznego. W TK klatki piersiowej, poza złamaniem kilku żeber, szczęśliwie nie doszło do innych obrażeń, płuca bez cech odmy, serce bez istotnych odchyleń. Konsultowany wcześniej przez internistę, EKG bez cech ostrego niedokrwienia, cechy tachykardii, stężenie troponiny podwyższone nieznamiennie, jak to po urazie. Zalecono jedynie obserwację życiowych parametrów.

Wpis anestezjologa podobnej treści – bez cech wstrząsu, bez wskazań do hospitalizacji w OIT.

– Czy coś podać na tę tachykardię? – pada klasyczne pytanie chirurga do internisty. – Jako że w tym przypadku jest to prawdopodobnie objaw wyrównawczy, nie należy go zwalczać, tym bardziej że ciśnienie raczej niskie – pada również rutynowa odpowiedź z mojej strony. Zalecam ścisłą obserwację, uczulam intuicyjnie na potencjalny wstrząs pourazowy, rozwijający się w czasie. Ale co jest uszkodzone? Myślę… Może to tylko reakcja chorego na ból i stres? Zalecam ECHO serca w godzinach rannych (nurtuje mnie to ciśnienie i tachykardia), bo TK kontrolne już chirurdzy wcześniej zaplanowali.

Rano – bomba! Wpada kardiolog, wyśmienity echokardiografista, z szokującą wiadomością: – Ależ ten pacjent ma pęknięte serce! Dziurawa ściana prawego przedsionka, krew przesącza się do osierdzia, ale zrobił się mechanizm wentylowy, dlatego nie dolewał krwi gwałtownie! Rozwija się tamponada serca! A pacjent, o dziwo, przytomny, logiczny, jedynie zgłasza ogólne osłabienie! Dzwonię na kardiochirurgię!

Konsultujący kardiochirurdzy zalecili jednak wykonanie zaplanowanego TK. Bez tego badania żaden kardiochirurg nie otworzy przecież w takiej sytuacji klatki piersiowej. Na podstawie samego ECHA serca?! To zbyt „grube" badanie dla kardiochirurga, mało pewnych przesłanek diagnostycznych. Na szali położone jest życie pacjenta i zabieg operacyjny z tak wysokim ryzykiem powikłań! A jeśli to pomyłka diagnostyczna? Czas działa na niekorzyść pacjenta, do ośrodka kardiochirurgii dystans około 30 km, a organizacja transportu, kolejne badania, procedury itd. Jeżeli to rzeczywiście pęknięcie serca, szansa statystyczna na przeżycie pacjenta w takich warunkach jest znikoma!

Myślenie. Dylematy. Decyzje. Ułamki sekund! Jedyny ekspert władny podjąć tak trudną decyzję – najbardziej doświadczony kardiochirurg w regionie. W pracy niestety nieobecny. Może jest na miejscu, blisko swojego szpitala? Może zaryzykuje? Tylko on może podjąć tak ważką decyzję. Szczęśliwie był na miejscu. Wziął na siebie i decyzję, i ryzyko. Zoperował pacjenta tylko na podstawie ECHA serca. W ostatniej chwili. Chory w trakcie zabiegu był już umierający. Jednak przeżył, udało się go uratować i ma się świetnie.

I to właśnie jest prawdziwa medycyna, którą powinniśmy i pragniemy się zajmować!

W takie właśnie spektakularne akcje lekarskie powinna iść cała nasza energia, wiedza i doświadczenie. Owe chwile zwycięstwa nad chorobą i potencjalnym zagrożeniem śmiercią dodają nam skrzydeł, znoszą uczucie dramatycznego zmęczenia, łagodzą stany wypalenia zawodowego, nadają sens naszej pracy, którą przecież tak kochamy. Bo z nienawiścią do zawodu nie da się przecież żyć latami, prędzej czy później skończyłoby się to „rozwodem". A więc to, że trwamy latami w tak silnym związku emocjonalnym „ja i medycyna", musi dowodzić, że nie jesteśmy chyba przewlekłymi frustratami i ofiarami emocjonalnymi. Jeśli tak, to byłby to z pewnością ZBIOROWY PRECEDENS!

Dziś i mnie pęka serce. Nie przywaliły mnie jednak żadne półki z medycznymi książkami, nie uszkodziły ciężkie studia, ani też karkołomne egzaminy. Takie rzeczy nie zabijają! Czynić to może jednak skutecznie SYSTEM, w jakim przyszło nam pracować, a w którym wykonywanie naszego zawodu w sposób należyty i godny staje się powoli niemożliwe. W tym systemie rządzi niepodzielnie CHAOS – jedyna stała oś tego systemu. Reszta otoczenia wokół nas ciągle się zmienia jak na karuzeli: ustawy, założenia, limity, procedury… Postęp w medycynie, jako dziedzinie, jest czyniony. Organizacyjnie zaś ciągle zmierzamy po równi pochyłej.

Znieczulica w szpitalach? Oczywiście, że jest faktem! Dużo o niej piszą dziennikarze w dzisiejszej prasie. Ba, ona jest i… będzie! Przy kołowrotku szybko przyjmowanych pacjentów, braku sekretarek i wsparcia biurokratycznego brakuje czasu dla pacjenta. Przemęczenie to drugi sprzymierzeniec znieczulenia – wzbudza złość i niechęć do drugiego człowieka, zabiera siły, energię i wrażliwość na cierpienie chorego, uniemożliwia głębię przeżywania i zaangażowania. Jest ono skutkiem ubocznym i nieszczęśliwym dla medyków odruchem obronnym. Chodzi o to, żeby przeżyć w tym buszu. A lekarz też człowiek, podlega przecież prawom biologii. Z czasem znieczula się na bodźce, znieczula... aż do bólu!

Profesjonalizm to nie tylko styl uprawiania zawodu, lecz także umiejętność panowania nad emocjami. Niełatwo być wrażliwym i zarazem odpornym psychicznie, szczególnie w takich trudnych warunkach i w przewlekłym narażeniu na stres – to kolejne sprzeczności, z którymi spotykamy się my, lekarze. A przecież od dawna wiadomo, że długotrwałe narażenie na stres i frustrację zmienia człowieka, czasami ostatecznie i nieodwracalnie. Profesor Andrzej Szczeklik pisał wielokrotnie o zmianie charakteru lekarzy, obserwowanej na przestrzeni wielu lat pracy, udowadniał naukowe podłoże tych przeobrażeń. A co by napisał dziś, obserwując je w dzisiejszym, dramatycznym SYSTEMIE? Znając jego wrażliwą osobowość, nie starczyłoby mu na to właściwych słów i zagrałby pewnie tylko na swoim pięknym białym fortepianie jakąś tęskną etiudę. Mowa ciała i duszy… Słowa są zbędne.

Tekst opublikowano w „Biuletynie Lekarskim" Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, grudzień 2017, nr 150.

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA – VIII EDYCJA

# Poezja. Proza. Benefis

Po raz ósmy w krakowskim Teatrze Juliusza Słowackiego rozdano nagrody Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika. Statuetki akrobatów trafiły tradycyjnie do zwycięzców w kategorii poezji i prozy oraz Anny Dymnej, obchodzącej złoty jubileusz pracy scenicznej.

TEKST **JAROSŁAW WANECKI**, SEKRETARZ JURY, PRZEWODNICZĄCY KOMISJI KULTURY NRL

Gala wręczenia nagród.

**U roczystej gali corocznie towarzyszą koncerty. Od dwóch edycji Komisja Kultury NRL prezentuje twórczość medyków. W tym roku wystąpił najstarszy polski chór Medici pro Musica pod dyrekcją Małgorzaty Wawruk. Śpiewający reprezentanci Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie wykonali między innymi kilka piosenek Jeremiego Przybory i Jerzego Wasowskiego. Soliści, chórzyści oraz skrzypaczka Anna Śleszyńska-Górny podbili serca publiczności. Tym razem już nikt nie był zdziwiony profesjonalnym poziomem wykonawców. Po przerwie wystąpili Beata Rybotycka i Jacek Wójcicki.**

Fragmenty tekstów sześciorga laureatów czytali aktorzy Narodowego Starego Teatru w Krakowie. Twórczość Andrzeja Szczeklika przypomniał Jerzy Trela. Tym razem wybrano teksty opowiadające o „urzeczeniu miłosnym" z tomu „Kore". Na tle kliszy fotograficznej z obrazami malarstwa wręczono nagrody. Konkurs prozatorski wygrała Anna Pituch-Noworolska („Gra z cieniem"), członkini Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, szefująca w oddziale krakowskim Związku Literatów Polskich. Pani profesor jest immunologiem klinicznym. Drugie miejsce zajęła Edyta Markiewicz-Niewińska („Upadły anioł"), lekarz rodzinny z Płońska, a trzecie – Paulina Klopper („Jesień"), zakaźnik z Gdańska. Najlepszym poetą 2019 został Andrzej Berner („Serce"), internista z Dolistowia Starego, kolekcjoner 1500 odmian lilii ogrodowych. Miejsce drugie zajęła Anna Nieródkiewicz („rozmowa z umierającą"), onkolog z Wałbrzycha, a trzecie – Ilona Dzijak-Muniak („Tak się nie godzi"), pediatra z Nakła nad Notecią. Wszystkie prace zaprezentujemy w kolejnych numerach „Gazety Lekarskiej", a „Medycyna Praktyczna" zebrała je w rozdanej uczestnikom gali pokonkursowej książce „Serce woła".

Laureatom gratulowali na scenie jurorzy: Maria Szczeklik, Anna Dymna, Ewa Lipska, Waldemar Hładki, redaktor naczelny „Medycyny Praktycznej" Piotr Gajewski oraz prezesi Andrzej Matyja (NRL) i Robert Stępień (Kraków). Po raz trzeci miałem przyjemność realizacji teatralnej całości wydarzenia, którego ważnym elementem był benefis Anny Dymnej.

„Mimo wszystko" jest stałym partnerem „Weny". W tym roku fundacja obchodzi swoje 15-lecie. Z tej okazji odbył się podczas gali pokaz specjalnego teledysku promującego festiwal „Zaczarowanej piosenki". Finał z udziałem wspólnie śpiewających z niepełnosprawnymi gwiazd estrady odbywa się na krakowskim Rynku. Anna Dymna, poza wspomnieniem debiutanckiej roli Isi w „Weselu" Stanisława Wyspiańskiego (1969) na scenie Teatru Słowackiego, opowiadała o inspirujących spotkaniach z profesorem Andrzejem Szczeklikiem i swoim programie telewizyjnym, w którym rozmawia o problemach niepełnosprawności, marzeniach i sensie życia. Jerzy Trela recytował „Wenus" Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego, chór śpiewał „Cecyliadę", a 600-osobwa publiczność wzruszający „Pejzaż horyzontalny" Wiesława Dymnego i gromkie „sto lat".

A w Krakowie padał nieustannie deszcz, ale mimo to i mimo wszystko, po raz kolejny wygrała poezja, proza i słoneczny uśmiech Ani... ■

FOTO: Aleksander Hordziej

# ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

**PAM SZCZECIN, ABSOLWENCI 1979**
Zapraszamy na spotkanie z okazji 40-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się 21-23 czerwca 2019 r. w Szczecinie. Szczegółowe informacje: www.zjazd79.szczecin.pl

**WYDZIAŁ LEKARSKI AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1973-1979**
Termin spotkania: 13-15 września 2019 r. Miejsce: Dom Dziennikarza w Kazimierzu Dolnym, tel. (81) 881 01 62. Koszt: 520 zł od osoby (pobyt 13-15 września) lub 260 zł (14-15 września). Wpłaty na konto Domu Dziennikarza: 07 1240 2412 1111 0000 3610 7559 z dopiskiem „Zjazd 1979 + imię i nazwisko" do 30 czerwca. Zgłoszenie udziału i rezerwacja noclegów w recepcji Domu Dziennikarza, tel. (81) 881 01 62. Informacje: Rosława Kluza, tel. 604 401 654, e-mail: kluzar@o2.pl lub Anna Zmysłowska, tel. 601 283 318, e-mail: a.zmyslowska@hipokrates.org

**ŚLAM – WYDZIAŁ LEKARSKI W ZABRZU, ROK UK. 1989**
30 lat od ukończenia studiów to dobra okazja do spotkania, planujemy takie w dniach 11-13 października 2019 r. w OW „Azalia" w Węgierskiej Górce. Zainteresowanych udziałem proszę o szybkie zgłoszenia (do końca czerwca) na e-mail: mpajakowski@interia.pl lub sms-em: tel. 602 177 857, starosta Maciej Pająkowski

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I ODDZIAŁU STOMATOLOGII AM W POZNANIU, ROCZNIK 1958-1964**
Zapraszamy na spotkanie z okazji 55-lecia ukończenia studiów organizowane w Poznaniu 19 października 2019 r. Informacje o programie, kosztach i wpłatach zostaną rozesłane na adresy, jakie posiada Komitet Organizacyjny. Osoby, które do 15 września nie otrzymają tych informacji, a chcą wziąć udział w uroczystości, proszone są o dokonanie zgłoszenia do 20 września na adres: Wielkopolska Izba Lekarska, 61-734 Poznań, ul. Nowowiejskiego 51, tel. 61 852 58 60 wew. 127 [p. Bagiński] 180 [sekretariat], e-mail: izba@wil.org.pl. Ewa Trzaska, tel. 602 651 009, Andrzej Habrych, tel. 604 579 671, Ewa Woźniak tel. 609 483 839.

**WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1990**
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się 5-7 czerwca 2020 r. w Zieleńcu (Ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka). Program zjazdu wraz z wysokością opłat na www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłat prosimy dokonywać na konto 63 1140 2004 0000 3402 7877 0728 (odbiorca: Ewa Willak-Janc) do 31 grudnia 2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1990". Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl Za KO Wojciech Apoznański, Ewa Willak-Janc, Teresa Żak (Biercewicz)

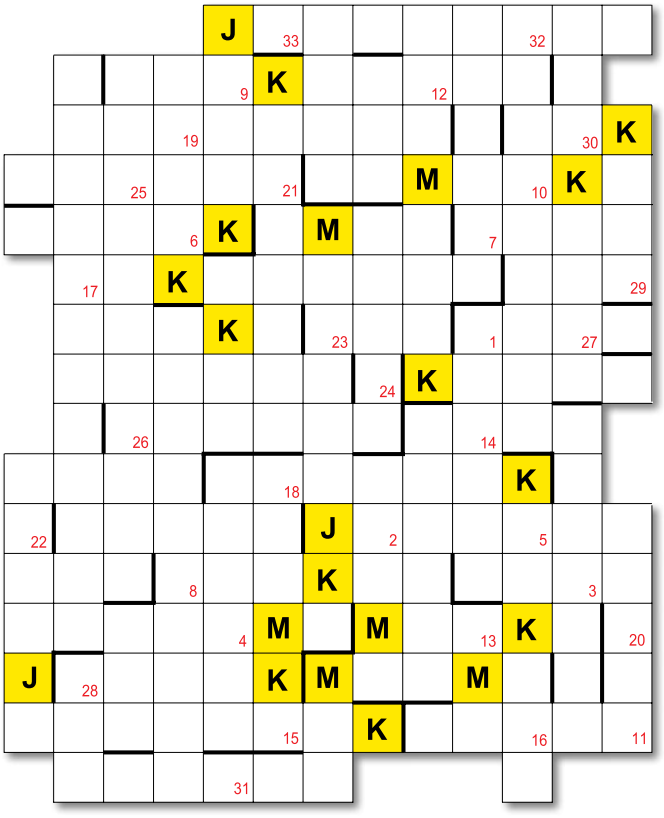
**WYDZIAŁ LEKARSKI I ODDZIAŁ STOMATOLOGICZNY AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1970**
Zapraszamy na spotkanie z okazji 50-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się 12-13 czerwca 2020 r. we Wrocławiu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat na www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłat prosimy dokonywać na konto 47 1140 2004 0000 3302 7877 4363 (odbiorca: Henryk Lisiak) do 31 grudnia 2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1970". Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl Za KO Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, Henryk Lisiak

**UWAGA! PROSIMY O NADSYŁANIE KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ 500 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).**

# Ogłoszenia

Objaśnienia 61 haseł podano w kolejności alfabetycznej. W diagramie ujawniono wszystkie litery: J, K i M. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Juliusza Cezara. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 czerwca 2019 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

PZWL




* antypaństwowiec * góry Inków * płynie przez Steyr * wodna lub śnieżna * Stowarzyszenie Narodów Azji Pd-Wsch. * Freud lub Strauss * lwowski matematyk, patron medycznej ulicy * trzecie miasto Kolumbii * mieszkaniec państwa rozgromionego przez Ruś * wywiad USA * garlic * żołnierz piechoty, a potem jazdy * uzdrowisko nad Lahn * postać na wprost (fr.) * dorkas lub garna * stolica Hainan * patron pęczka AV * wyspa (łac.) * stolica Krety * zamsz * Groźny * zaognianie się rany * lingua * reguluje przyrządy optyczne * największe miasto Afryki * eland * gród ze Spodkiem * świecznik przyścienny * część działa pod lufą * kozodój * nad Saoną i Rodanem * przekręt, oszustwo * wyspa Morza Irlandzkiego * metropolia Florydy * efekt udoju * nicość * klęska, nieszczęście * fungicydyna * eksponat * kraj z Maskatem * mazak * dawne 16,4 kg * brzeg, obrębienie * matka Zeusa * prognoza stanu pacjenta * Lew od afery * torba lub sieć * rozłam w Kościele * Finlandia * wywołuje scabies * międzynarodowy system przewozu ładunków * milion gramów * skręt, skręcenie (łac.) * dzieło wyobraźni * wątek muru * woda w kółko * zastępują rzeczowniki, przymiotniki i przysłówki * partnerka Gorzowa Wlkp. * kartofel, pyra * Zodiaku * zaręczyny

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 243 („GL" nr 04/2019)**

**Serce miej otwarte dla wszystkich, zaufaj niewielu.**

**Nagrody otrzymują:**

Marta **Bolek** (Pogorzyce), Agata **Kozłowska** (Zawiercie), Olga **Wachnik** (Wrocław). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA
Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 173 400 tegz.

Rada Programowa
**Sławomir Badurek** (sekretarz)
**Jarosław Biliński**
**Paweł Czekalski**
**Ryszard Golański**
**Krzysztof Madej** (przewodniczący)
**Dariusz Paluszek**
**Damian Patecki**
**Marek Stankiewicz**
**Jarosław Wanecki**
**Jacek Woszczyk**

Redaktor naczelna
**Marta Jakubiak**
Tel. 698 297 739
naczelny@gazetalekarska.pl

**Lidia Sulikowska**
sekretarz redakcji
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

**Lucyna Krysiak**
dziennikarz
Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

**Mariusz Tomczak**
redaktor portalu internetowego
m.tomczak@gazetalekarska.pl
www.gazetalekarska.pl

Tel. (22) 558 80 40
redakcja@gazetalekarska.pl

Adres redakcji
00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110

Reklama i marketing
**Elżbieta Tarczyńska**
Tel. (22) 559 13 26, tel. 606 699 830
e.tarczynska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia
**Olga Aniśko**
Tel. (22) 559 13 26
o.anisko@gazetalekarska.pl

Stale współpracują
**Jerzy Badowski** (Olsztyn)
**Sławomir Badurek** (Toruń)
**Jarosław Klimek** (Łódź)
**Marzena Kowalska** (Warszawa)
**Agata Morka** (Berlin)
**Joanna Sokołowska** (Płock)
**Jarosław Wanecki** (Płock)

Skład i opracowanie graficzne
**Montownia/Teresa Urawska**

Druk
**Walstead Central Europe**

**W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej" prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.**

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