

12 · 2011

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY ISSN 0867-2146

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH

30-LECIE STANU WOJENNEGO

TEMAT NUMERU s. 16-23

Lekarze w walce z reżimem

ROZMOWA O ZDROWIU

Wojciech Maksymowicz | s. 26

FELIETON

Artur Andrus:
Za wesoło jest | s. 36

PRAWO

Zgoda pacjenta | s. 46
na świadczenie zdrowotne



Presja

Kilka lat temu ojciec jednego z moich kolegów, przez wiele lat będący ordynatorem oddziału, nagle zrezygnował z pełnienia tej funkcji.

Po kilku miesiącach wyjawiał, że nie był w stanie wytrzymać presji, jaką wywierano na osobę pełniącą kierowniczą funkcję w ochronie zdrowia. Presją tą były ciągle zmieniające się przepisy, te wychodzące z okrągłego budynku przy ulicy Wiejskiej, te, których źródłem były urzędnicze gabinety przy Miodowej, a przede wszystkim te, które ustanawiała ówczesna kasa chorych. Lekarz nie ma obowiązku bycia ordynatorem, choć w naszym systemie dla wielu osób jest to ukoronowanie drogi zawodowej. Ale ci

z nas, którzy od lat pracują jako lekarze, czują coraz silniejszą presję przepisów, nakładających na lekarza obowiązki niewiele mające wspólnego z leczeniem pacjentów. Użyłem określenia staroświeckiego, które próbuje się usunąć do

refundacyjnej, które wzbudziły stanowczy sprzeciw środowiska lekarskiego. To najważniejsza obecnie sprawa, w kilku miejscach tego numeru mogą Państwo przeczytać na ten temat. O tym, jaka jest tendencja zmian w przepisach

Lekarze czują coraz silniejszą presję przepisów, które nakładają na nich obowiązki niewiele mające wspólnego z leczeniem pacjentów.

lamusa. Wszak my teraz nie leczymy chorych, my mamy świadczyć usługi medyczne i prowadzić działalność leczniczą. Od nowego roku zaczną obowiązywać przepisy ustawy

nas obowiązujących, świadczy projekt nowego rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich. Do absurdu, że u dzieci do 18. roku życia należy wpisać zarówno

PESEL, jak i wiek, musieliśmy przywyknąć. Obecny projekt nie tylko nie zdejmuje z lekarza krytykowanych obowiązków, ale nakłada nowe. Lekarz ma określać rodzaj odpłatności za leki!!! W aptece magistrowi pomaga w tym program komputerowy. Kto lub co pomoże w tej sprawie lekarzowi w gabinecie?! Wykazy leków, ich cen detalicznych i limitów liczą kilkadziesiąt stron. Jedynym rozwiązaniem wydaje się być komputer ze stosownym programem w każdym gabinecie lekarskim.

Tego życzą nam pod choinkę urzędnicy Ministerstwa Zdrowia i NFZ? Co na to dr Bartosz Arłukowicz?

Ryszard Golański

naczelnny@gazetalekarska.pl

***W żłobie leży,
któż pobieży koledować Małemu?...***

***Kolegium Redakcyjne i redakcja
„Gazety Lekarskiej”
wraz ze współpracownikami i autorami składają
lekarzom i lekarzom dentystom
świąteczne i noworoczne życzenia zdrowia
i wszelkiej pomyślności na trudne czasy!
Bądźmy razem! Kolędujmy razem!
Spotkajmy się w Betlejem...***

Jarosław Wanecki, Ryszard Golański



OKIEM PREZESA

Ostatnie wydarzenia dotyczące zasad wypisywania recept na leki refundowane i odpowiedzialności za sprawdzanie dokumentów ubezpieczenia oraz form kontroli przeprowadzanych w gabinetach lekarskich spowodowały, że musimy się przeciwstawić kolejnym zapisom prawa. Ustawy, rozporządzenia, zarządzenia NFZ, do których mamy się zastośować, zaczęły wypierać naszą misję leczenia chorych. Oprócz dotychczasowego systemu kontroli Fundusz rozpoczął „akcję uświadamiającą”, mającą na celu zastraszenie i wywołanie obaw u wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów w momencie, kiedy ich długopis zawisnie nad drukiem recepty. Aby lekarz, obawiając się konsekwencji, nie napisał tej recepty. Zaczęło się od wysyłanych na adresy domowe listów poleconych, które informowały, ile dany lekarz wydał na leczenie. Nie na poszczególną jednostkę chorobową, lecz globalnie! Ten, który ma więcej chorych, a zatem wypisuje więcej leków, jak i ten, który leczy „droższe” schorzenia jest w oczach NFZ gorszy i zły!

Tak skonstruowana akcja, bez względu na to, co twierdzą urzędnicy NFZ, wywołała strach i oburzenie. Kiedy oprotestowaliśmy ją w mediach, NFZ wpadł na jeszcze „lepszy” pomysł i zawiesił na stronach internetowych te same informacje wraz z numerami prawa wykonywania zawodu. Nie mam wątpliwości, że chodziło o wywołanie atmosfery strachu. Spotęgowało to wyobrażenia niczym z filmów Alfreda Hitchcocka: w świat wyruszyli w licznych zastępach kontrolerzy z zadaniem nie tylko znalezienia najdrobniejszych uchybień i wyznaczenia kar, lecz również kreatywnego wymyślenia przyczyn, dla których można byłoby te kary zwiększać. Ma to swój cel – urzędnicy NFZ chcą być tymi dobrymi dla społeczeństwa, wszystko mu ofiarującymi, ale ponieważ ich na to nie stać – w końcu NFZ to nie aż tak bogaty płatnik – to mają argument, że to nie oni, ale lekarz odmawia choremu.

Jest to perfidnie wymyślona konstrukcja. Perfidia polega na tym, że to lekarz staje wobec chorego człowieka, któremu nie można odmówić pomocy, narażając swoje finanse, a nawet życie (pamiętam, jak wyciągałem człowieka

spod tramwaju). Bo trudno sobie wyobrazić sytuację, że lekarz odmówi wypisania recepty choremu z POChP, który jest od lat leczony przez niego w małej miejscowości, wiedząc, że pacjent będzie potrzebował tego leku wziętego już zawsze. I zdając sobie sprawę, że sytuacja materialna tego pacjenta jest trudna, że sam wychowuje czwórkę dzieci, że przejazd do specjalisty to dla niego wyprawa na drugi koniec świata, że... Mógłbym takich historii opowiadać tysiące. I jestem pewien, że taki lekarz nie odmówi pomocy. Że będzie człowiekiem. Ale system pozostaje nieludzki. I temu powinniśmy się wspólnie przeciwstawić. Nie wiem, z jakiej racji Fundusz nazywa się „narodowym”, ani dlaczego „zdrowia”, skoro nie wiadomo czyjego. Wspólne przeciwstawienie się to m.in. podpisanie przez każdego z nas przygotowanej przez Prezydium NRL petycji. Poprosiłem okręgowe izby lekarskie, aby pomogły dostarczyć ją do każdego z was.

Ustawa refundacyjna na zawsze już pozostanie najdobitniejszym przykładem wykorzystania lekarzy i lekarzy dentystów z premedytacją. I niestety nie jedynym. Co raz więcej obciążeń administracyjnych ciąży na nas i w ten sposób stajemy się biurokratami w RP, zresztą jedynymi, którzy za urzędnicze błędy odpowiadają własnym majątkiem. Już przed rokiem wskazywaaliśmy na niewłaściwe rozwiązania ustawy o przemoc w rodzinie, narzucającej lekarzom bezpłatne wykonywanie obdukcji sądowo-

-lekarskich. Do dziś brak reakcji ze strony władz, a w komendach rejonowych policji zawisły olbrzymie plakaty informujące, że każdy lekarz w Polsce ma obowiązek wykonać obdukcję za darmo. Konsekwencje wykonania i niewykonania tego zadania każdy z nas potrafi przewidzieć. Niestety ustawodawca nie był w stanie. To samo dotyczy obowiązku lekarzy – głównie neurologów, diabetologów i kardiologów – zgłaszania do wydziału komunikacji nadpadu o symptomatologii padaczkowej u pacjenta. Pomijając fakt biurokracji, wykonanie bądź niewykonanie tego zadania niesie za sobą konkretne konsekwencje, których ustawodawca nie potrafi przewidzieć. Kolejnym przykładem jest nałożenie na lekarza obowiązku wydania zaświadczenia o ciąży, potrzebnego pacjentce do pobrania „becikowego”. Pomijając bezsens tej czynności urzędniczej, to obowiązek ten nałożony na lekarza może rodzić konsekwencje, które każdy z nas potrafi przewidzieć, a nie potrafił ustawodawca. I tak dalej. Bez końca.

Na nadchodzące święta Bożego Narodzenia życzę, abyście mogli zapomnieć o tych wszystkich obowiązkach, biurokracji, administracji i zatopili się w nastroju radości, zapachu choinki i rodzinnym kolędowaniu. W Nowym Roku życzę spełnienia marzeń, bo to, co najlepsze w ochronie zdrowia, pozostaje właśnie w ich sferze.

Maciej Hamankiewicz

- 3..... Wstępniak
Migawka
- 4..... Okiem Prezesa
Maciej Hamankiewicz
- 6-7..... Badanie opinii
Czekamy na wasze ankiety
- 8-15..... Ustawa refundacyjna
Nie damy się zastraszyć
Może być gorzej?
Pozorne oszczędności na leczeniu
cukrzycy
W krainie absurdów
- 16-23..... Temat miesiąca
Lekarze w stanie wojennym
Bez przysięgi...
„Moja postawa wynikała z odwagi
cywilnej”
- 25..... Obserwacje
Co złego, to nie my
- 26-27..... Rozmowa o zdrowiu
Prywatyzacja tak, ale w rozsądnym
zakresie
- 28..... Z notatnika rzecznika NIL
Katarzyna Strzałkowska
- 29..... Nasi w Europie
Anna Lella
- 30-31..... Rozmowa o samorządzie
Jesteśmy organem szybkiego
reagowania
- 32..... Moim zdaniem
Świąteczne życzenia
- 34-35..... U stomatologów
Obowiązki i sankcje
- 36..... Felieton Artura Andrusa
Za wesoło jest
- 38..... Wydarzenia
10 lat OIL w Częstochowie
- 39..... **Biuletyn NRL**
- 42-43..... Profilaktyka
Primum non nocere
- 44-45..... Raport
Serca Polaków starzeją się zbyt szybko
- 46-47..... Prawo
Zgoda pacjenta na świadczenie
zdrowotne
- 48..... Felieton
O ile płatnik nie uzna inaczej
- 50-55..... Ogłoszenia, reklama
- 56-58..... Kultura i medycyna
Moje spojrzenie na...
Zmierzch przychodni teatralnych
Muzykowanie to ich pasja
- 59-60..... Komunikaty
- 61..... Epikryza
Na dobre czy na złe?
- 62..... Jolka lekarska

Czekamy na wasze ankiety

Rozpoczęło się zapowiadane w październikowej „Gazecie Lekarskiej” badanie opinii naszego środowiska i tworzenie reprezentatywnego panelu umożliwiającego stałe prowadzenie badań.

ROMUALD KRAJEWSKI

Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL rozesłał do wylosowanej grupy kilku tysięcy lekarzy zaproszenie do wzięcia udziału w badaniach. Bardzo proszę Koleżanki i Kolegów, do których dotarły nasze listy, o pozytywną odpowiedź na zaproszenie i odesłanie załączonej ankiety.

Projekt pierwszego badania, dotyczącego możliwości i barier w rozwoju zawodowym lekarzy i lekarzy dentystów, został opracowany przez socjologów z Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk. Zapewnia on poprawność metodologiczną badania, jednak baczna uwagę zwracaliśmy także na to, by udział w badaniu nie był dla uczestników uciążliwy i trudny. Te zasady będą przestrzegane także w następnych badaniach.

Informacje zawarte w ankiecie rekrutacyjnej są niezbędne do zapewnienia sprawnie działającej komunikacji pomiędzy



uczestnikami badań a OSAI NIL. Jest to warunkiem poprawnego przeprowadzania badań i uzyskiwania reprezentatywnych wyników. W wielu sytuacjach wiarygodna informacja o problemach i opinii naszego środowiska jest bardzo potrzebna. Moglibyśmy lepiej sformułować nasze postulaty i wcześniej rozpoznawać problemy. Wobec narastających trudności z wykonywaniem naszych zawodów i narzucania coraz liczniejszych biurokratycznych obowiązków, staje się to wręcz koniecznością.

Wyniki wstępnej ankiety dotyczącej tematów badań, o której pisaliśmy wcześniej, wskazywały na bardzo dobre zrozumienie tych potrzeb w naszym środowisku i dużą akceptację udziału w badaniach. Mamy więc nadzieję, że Koleżanki i Koledzy, którzy otrzymali zaproszenie, poświęcą naszym wspólnym sprawom trochę czasu. Postaramy się, aby był to czas jak najkrótszy.

Osoby, które nie zostaną wylosowane do udziału w panelu, także będą mogły wyrazić swoją opinię. Po zakończeniu rekrutacji wylosowanej grupy, na stronie internetowej OSAI (www.osai.nil.org.pl) znajdzie się informacja o badaniu i adres formularza ankiety. Te dodatkowe informacje będą dla nas także bardzo cenne. ☉

Autor jest wiceprezesem NRL

Nie damy się za

Do tej pory lekarze byli nękani kontrolami i karani finansowo przez NFZ.
* Samorząd lekarski nie może dopuścić do tego, *
aby od 1 stycznia 2012 r. było jeszcze gorzej.

MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK, KATARZYNA STRZAŁKOWSKA



Z początkiem przyszłego roku zacznie obowiązywać Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z 12 maja 2011 r. Wizja jej wprowadzenia spowodowała prawdziwą burzę w środowisku. Lekarze mówią jednym głosem: „Mamy dość nadzoru Narodowego Funduszu Zdrowia!”.

Płać i nie dyskutuj!

Od kilku lat liczba kontroli przeprowadzanych przez NFZ stale wzrasta. W zeszłym roku kontrolerzy Funduszu wzięli pod lupę ponad 1300 lekarzy – o ponad 31 proc. więcej niż w 2009 r. Wzrasta również wartość kontrolowanej ordynacji

lekarskiej (w 2010 r. przekroczyła ona 307 mln zł – w porównaniu z 2009 r. nastąpił wzrost o 688 proc.!) i kar finansowych nakładanych na lekarzy. Za co są oni najczęściej karani?

Grzegorz Mazur, prezes ORL w Łodzi, wylicza: brak adnotacji o wystawieniu recepty w dokumentacji medycznej, brak danych w dokumentacji na temat przepisanej dawki leku oraz schematu stosowania, brak medycznych wskazań do wystawienia leku (np. wystawienie leku na prośbę pacjenta dla członka jego rodziny), wystawienie leku na tzw. chorobę przewlekłą niezgodnie ze wskazaniami określonymi w przepisach szczególnych, pomyłka przy wpisaniu danych pacjenta lub nazwy leku na receptę, błąd w numerze

PESEL, wystawienie recepty refundowanej bez wizyty lekarskiej, brak weryfikacji dokumentu potwierdzającego uprawnienia szczególne pacjenta, brak weryfikacji aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Według Macieja Jędrzejewskiego, przewodniczącego zespołu ds. wynagrodzeń lekarzy ORL w Warszawie, po wejściu w życie zapisów ustawy refundacyjnej Narodowy Fundusz Zdrowia jeszcze bardziej nasili kontrole. – Nowa ustawa z jednej strony wprowadza sztywny limit wydatków NFZ na refundację leków w wysokości 17 proc. jego budżetu, co będzie motywować Fundusz do nasilenia kontroli, z drugiej zaś umożliwia domaganie się zwrotu nienależnej refundacji bezpośrednio od lekarzy – podkreśla Maciej Jędrzejewski.

Katarzyna Urbańska prowadząca NZOZ w miejscowości gminnej Nowy Duninów w województwie mazowieckim zaznacza, że urzędnicy kontrolujący zasadność refundacji recept z ramienia NFZ samodzielnie decydują o tym, czy były wskazania medyczne do zastosowanej terapii lekowej, czy też nie. Często nie biorą pod uwagę wytycznych konsultantów w danej dziedzinie medycyny, dotyczących zakresu częstotliwości badań kontrolnych, a także zalecanej terapii.

– W moim najbliższym otoczeniu zostało skontrolowanych kilka NZOZ-ów. Wymierzone kary finansowe okazały się bardzo dotkliwe, choć w odczuciu pracujących lekarzy zupełnie nieuzasadnione. Nie można

straszyć

przecież kwestionować zasadności przepisywania leków przeciwbólowych w chorobach nowotworowych, czy też leków przeciwastmatycznych z powodu braku aktualnej, tzn. wystawionej nie dłużej niż rok temu, informacji z poradni specjalistycznej. Każdy z nas pracuje wiele lat, regularnie doksztalcamy się, potrafimy leczyć cukrzycę i astmę oskrzelową. Czy zatem NFZ chce wydłużyć kolejki do poradni specjalistycznych? – pyta Katarzyna Urbańska.

Lekarz jest od leczenia

Środowisko lekarskie jest oburzone zarówno karami stosowanymi przez NFZ, jak i przerzucaniem na lekarzy obowiązku sprawdzania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie pacjenta.

– Obowiązkiem lekarza i lekarza dentystry jest leczenie chorych. Ustalanie, kto i w jakim zakresie jest uprawniony do świadczeń finansowanych ze środków publicz-

oświadczenie, które jasno wskazują, że środowisko lekarskie ma dość zrzucania odpowiedzialności na lekarzy i lekarzy dentystry za obowiązki administracyjne.

– Doszło do sytuacji, w której wszyscy zaczynamy się zastanawiać, czy wypełniamy misję le-

Weryfikacja uprawnień pacjenta i ustalenie jego uprawnień do otrzymania recepty na lek refundowany to rola Narodowego Funduszu Zdrowia.

czenia, czy jesteśmy maszynami do pisanie, liczenia, sprawdzania. Model, w którym przychodzi pacjent, okazuje elektroniczną kartę i jest sprawdzony na bieżąco przez system NFZ nie istnieje. Model, w którym pacjent wychodzi z lekiem na jego schorzenie, a nie z lekiem na 30, 50 lub 70 proc. też nie istnieje. Istnieje model, gdzie za wszystko odpowiadać ma lekarz – podkreśla Maciej Hamankiewicz, prezes NRL.

Samorząd lekarski zaznacza, że refundacja przepisanych leków jest prawem pacjenta i obowiązkiem płatnika. Jeżeli płatnik zrefunduje pacjentowi lek „nienależnie”, nie może obciążać tym problemem lekarzy.

Prezydium NRL uważa, że weryfikacja uprawnień pacjenta i ustalenie jego uprawnień do otrzymania recepty na lek refundowany to rola NFZ. „Lekarze i lekarze dentyści nie mają narzędzi pozwalających dokonać takiej weryfikacji

Lekarze są oburzeni zarówno karami stosowanymi przez NFZ, jak i przerzucaniem na nich obowiązku sprawdzania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie pacjenta.

nych, to rola płatnika publicznego – podkreślają członkowie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, którzy pod koniec października wystosowali w tej sprawie apel do władz. Podjęli również stanowisko i wydali

– narzędziami takimi i niezbędnymi danymi dysponuje jedynie Narodowy Fundusz Zdrowia, który do tej pory nie był w stanie wyposażyć pacjentów w odpowiednie dokumenty”

Na stronach internetowych NIL zamieszczono petycję, którą powinni podpisać lekarze mający dosyć biurokracji i nakładanych na nich obowiązków administracyjnych.

– czytamy w stanowisku Prezydium NRL z końca października br.

– Zdjęcie z lekarza obowiązku weryfikacji dostępu do systemu ubezpieczenia zdrowotnego to wspólny cel naszego środowiska – ocenia Jerzy Jakubiszyn, prezes ORL w Opolu.

– W systemie opieki zdrowotnej chcemy być partnerem dla NFZ, który przecież sam nie jest w stanie leczyć swoich ubezpieczonych. Tymczasem czujemy się jak oszuści, którzy czyhają na nienależne im środki. Marzy nam się elektroniczna karta pacjenta, w której zapisana byłaby historia pacjenta, zaordynowane leki, kontrole w poradniach specjalistycznych. To byłoby rzeczywiste uszczelnienie systemu i oszczędności dla NFZ. A dla nas komfortowa informacja o całości udzielonych pacjentowi świadczeniach – mówi Katarzyna Urbańska.

Podpisujcie petycję

Dotychczasowe zasady wystawiania recept na leki refundowane zostały określone w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z jej zapisami prawo do wystawiania takich recept mają lekarze ubezpieczenia zdrowotnego, a więc ci, którzy zawarli kontrakt bezpośrednio z NFZ lub

byli zatrudnieni w placówkach, które taki kontrakt podpisały, a także lekarze, którzy zawarli z NFZ umowę na wystawianie recept refundowanych.

Odpowiedzialność lekarzy wystawiających recepty na leki objęte refundacją na podstawie umowy zawartej z NFZ wynika z zapisów tej umowy. Umowy zawarte z NFZ stracą ważność po 30 czerwca 2012 r. Nowe zasady i nowa odpowiedzialność będą wynikać z nowej ustawy. Zapowiadane są również nowe umowy, których treść prezes NFZ Jacek Paszkiewicz obiecał skonsultować z samorządem lekarskim.

Podnoszą się głosy, że Naczelna Rada Lekarska powinna zaskarżyć ustawę refundacyjną do Trybunału Konstytucyjnego – tak wnioskowała ORL w Krakowie, a jej stanowisko zostało przekazane do opinii NRL. Mówi się również o pilnej potrzebie nowelizacji ustawy – przede wszystkim temu ma być poświęcone nadzwyczajne posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej, które na 2 grudnia br. zwołało Prezydium NRL.

Tymczasem na stronach internetowych www.nil.org.pl została zamieszczona, przygotowana przez Prezydium Naczelnej Rady

Lekarskiej, petycja, którą powinni podpisać wszyscy lekarze i lekarze dentyści mający dosyć biurokracji i nakładanych na nich obowiązków administracyjnych oraz domagający się m.in. zniesienia kary zwrotu „nienależnej” refundacji. W petycji mówi się także o zmianie przepisów w taki sposób, aby uprawnienie pacjenta do otrzymania leku refundowanego było realizowane przez płatnika refundującego koszty leków, natomiast lekarze i lekarze dentyści powinni zajmować się wyłącznie wskazywaniem na receptę, jakiego leku pacjent potrzebuje.

Każdy lekarz i lekarz dentysta może wyrazić poparcie dla petycji poprzez:

- podpisanie wydrukowanego tekstu petycji i wysłanie podpisanego dokumentu pocztą lub faksem na adres swojej izby;

- wysłanie e-mailem na adres sekretariat@hipokrates.org wiadomości zawierającej informację o poparciu petycji z podaniem numeru prawa wykonywania zawodu;

- wyrażenie poparcia na dedykowanej temu przedsięwzięciu stronie internetowej pod adresem: <http://www.nil.org.pl/petycja>, gdzie należy podać numer prawa wykonywania zawodu i kliknąć przycisk „Popieram petycję”. ☉

FAKTY I LICZBY

- W 2008 r. NFZ przeprowadził kontrolę u 870 lekarzy. Jej przedmiotem była ordynacja lekarska o łącznej wartości ok. 30,4 mln zł. W konsekwencji stwierdzonych nieprawidłowości kontrolerzy NFZ zakwestionowali refundację na leki o wartości ponad 4 mln zł. Łączna wartość kar finansowych nałożonych na lekarzy wyniosła ponad 3,4 mln zł. Największe kary nałożono na lekarzy z Mazowsza (ponad 1,8 mln zł), województwa łódzkiego (ok. 430,9 tys. zł) i Pomorza (ok. 189,4 tys. zł).
- W 2009 r. oddziały wojewódzkie NFZ skontrolowały 991 lekarzy. Przedmiotem wszystkich postępowań była ordynacja lekarska o łącznej wartości ponad 39 mln zł. Wartość zakwestionowanej refundacji sięgnęła ok. 3 mln zł. Największymi karami finansowymi obciążono lekarzy

z Mazowsza (ok. 715,5 tys. zł), województwa łódzkiego (ok. 638,5 tys. zł) i Śląska (ok. 440,3 tys. zł).

- W 2010 r. NFZ przeprowadził kontrole ordynacji lekarskiej 1303 lekarzy w 491 postępowaniach prowadzonych w ramach sprawdzenia realizacji umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz umów indywidualnych na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją. Wartość kontrolowanej ordynacji lekarskiej przekroczyła 307 mln zł. W konsekwencji stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości zakwestionowano ordynację lekarską o wartości ponad 5,3 mln zł, z czego 3 mln 250 tys. 243 zł na Mazowszu. NFZ nałożył również na lekarzy kary umowne w wysokości ok. 2,3 mln zł.

Źródło: NFZ

Może być gorzej?

┌ Prawo nie może być obchodzone, ale też nie może ┐
* stawiać lekarza w sytuacji, w której niezależnie *
└ od tego, jak się on zachowa, zawsze grozi mu kara. ┘

MAREK CZARKOWSKI

W ciągu ostatnich sześciu lat wydatki NFZ na programy lecznicze wzrosły ponad sześciokrotnie, a w 2010 r. kwota refundacji leków wzrosła o ponad 1 mld zł w stosunku do dwóch poprzednich lat. Nic zatem dziwnego, że NFZ szuka sposobu na ograniczenie kosztów refundacji leków. Powstaje zatem pytanie: jak ten cel osiągnie? Ja dostrzegłem dwie metody:

- zastraszanie lekarzy w celu ograniczenia wypisywania przez nich leków refundowanych,
- przerzucenie kosztów refundacji leków na tych lekarzy, którzy mimo wszystko będą je przepisywać.

W jakim zakresie pierwsza metoda okazała się skuteczna, nie wiadomo. Trzeba byłoby zapytać o to polskich pacjentów. Mam nadzieję, że Naczelna Izba Lekarska wkrótce takie badania przeprowadzi. Na pytanie o możliwości przerzucenia kosztów refundacji leków z NFZ na lekarzy odpowiedzi udziela pośrednio ustawa o refundacji leków. Art. 48 ust. 8 wymienia sytuacje, w których lekarz jest zobowiązany do zwrotu NFZ kwoty stanowiącej równowartość nienależnej refundacji (wraz z ustawowymi odsetkami). Zwrot należy się m.in. wówczas, gdy wypisze receptę choremu nieposiadającemu uprawnień do refundacji leków.

W jaki sposób lekarz ma sprawdzić, czy choremu przysługuje uprawnienie do refundacji leków? Czy polski pacjent ma możliwość okazania lekarzowi swoich uprawnień? Czy ma np. kartę na wzór karty bankomatowej, która

chroni płatnika przed podjęciem nieposiadanych środków? Odpowiedź jest negatywna. Lekarz nie ma możliwości zweryfikować, czy dany pacjent posiada uprawnienia do otrzymania recepty na leki refundowane. A skoro nie może w czasie wizyty w gabinecie sprawdzić, czy chory posiada takie uprawnienia, jakim prawem ustawa dopuszcza karanie go z tego tytułu?

Jak zatem powinien zachować się lekarz? Teoretycznie ma cztery możliwości:

1. Wypisuje choremu w potrzebie receptę refundowaną, zakładając, że jest ubezpieczony.

2. Wypisuje choremu w potrzebie receptę z pełną odpłatnością, zakładając, że nie jest ubezpieczony.

3. Przerywa wizytę i wysyła chorego po druk RMUA, który potwierdzi jego uprawnienia.

4. Rezygnuje z pracy w zawodzie lekarza.

W pierwszym przypadku lekarz naraża się na ryzyko pokrycia kosztów refundacji wraz z karnymi odsetkami.

W drugim – naraża się na konsekwencje wynikające z bezprawnego pozbawienia uprawnień chorego, któremu przysługuje refundacja. W trzecim – ryzykuje pogorszeniem stanu zdrowia, a nawet śmiercią chorego. Natomiast w czwartym wariantcie rezygnuje z prawa wykonywania zawodu, mimo że sam nic złego nikomu nie uczynił.

Mamy zatem sytuację prawną, w której lekarz – niezależnie od tego, jak postąpi – zawsze zostanie ukarany. Nie znajduję żadnego usprawiedliwienia dla ustalania tak dyskryminujących przepisów. ●



**Autor jest przewodniczącym
Ośrodka Bioetyki NRL**

Pozorne oszczędności na

Wchodząca w życie 1 stycznia 2012 r. ustawa o refundacji leków ograniczy dostęp chorych na cukrzycę do stosowania samokontroli glikemii i insulinoterapii.

jeden pomiar glikemii dziennie. Równocześnie ustawa nie przewiduje możliwości, aby ten sam produkt, np. paski testowe, był dostępny z różną odpłatnością, np. ryczałtową dla osób wymagających ośmiu oznaczeń glikemii

LESZEK CZUPRYNIAK



FOT.: ARCHIWUM

Chory, nie mierząc stężenia glukozy we krwi, nie będzie mógł dobrać właściwej dawki insuliny.

Cukrzyca jest drugą pod względem częstości – po nadciśnieniu tętniczym – chorobą przewlekłą w naszym kraju. Szacuje się, że dotyczy ponad 2,5 mln osób, a leczonych jest prawie 2 mln. Aby uchronić się przed chorobami układu krążenia, będącymi powikłaniami cukrzycy, ta rzesza pacjentów stara się codziennie przestrzegać zasad właściwego odżywiania, przyjmuje leki dostępne i/lub insulinę oraz stosuje samokontrolę glikemii, czyli – mówiąc językiem praktycznym – korzysta z glukometru. Samodzielnie przez chorego wykonany pomiar stężenia glukozy we krwi włósniczkowej pozwala np. pacjentom leczonym insuliną dostosować dawkę tego leku do aktualnej glikemii albo zmodyfikować najbliższy posiłek itp. Niestety, w przyszłym roku takie prowadzenie leczenia cukrzycy –

w oparciu o samokontrolę – napotka ogromne trudności.

Pacjentowi po kieszeni

Zgodnie z art. 14 pkt 1 ustęp 2a) ustawy minister zdrowia zezwala na ponoszenie przez chorego odpłatności ryczałtowej (obecnie 3,20 zł) za lek lub wyrób medyczny, jeżeli musi on być stosowany przez ponad 30 dni i jego koszt ponoszony przez chorego przy odpłatności 30 proc. limitu finansowego przekracza 5 proc. minimalnego wynagrodzenia miesięcznego.

Zapis ten oznacza, że utrzymanie opłaty ryczałtowej za paski testowe do glukometrów wymagałoby dokonywania przez wszystkich chorych na cukrzycę co najmniej sześciu pomiarów glikemii dziennie, co oczywiście jest nieuzasadnione i wręcz niemożliwe. Wielu chorym do utrzymania dobrej kontroli cukrzycy wystarczy bowiem

Miesięczny koszt samokontroli glikemii w zależności od liczby codziennych pomiarów wyniesie od około 50 do około 100 zł.

dziennie, a 30-proc. dla chorych dokonujących pomiarów jeden, dwa razy dziennie. Ponadto, art. 15 pkt 9 i 10 ustawy stanowi, że w przypadku wyrobów medycznych limit finansowania przez NFZ nie obejmuje marży aptecznej – jej wysokość poniesie pacjent.

Wyniki dokładnych obliczeń wskazują, że miesięczny koszt samokontroli glikemii chorego dokonującego czterech pomiarów dziennie (jest to minimum przy stosowaniu intensywniejszych form insulinoterapii) wyniesie ok. 50 zł, natomiast w przypadku chorego przyjmującego insulinę cztery, pięć razy dziennie lub stosującego osobistą pompę insulinową – ok. 100 zł.

Nowa ustawa zmienia także dostęp chorych do sprzętu stosowanego w insulinoterapii, jak np. wstrzykiwacze i nakłuwacze. Według art. 49 ust. 3 nie będzie możliwe stosowanie jakichkolwiek darowizn na rzecz chorych, a więc nie będą oni mogli otrzymywać – jak to się dzieje od lat – bezpłatnie wstrzykiwaczy do insuliny lub glukometrów.

Koszty hospitalizacji w górę

Polskie środowisko diabetologiczne: pacjenci i ich rodziny, lekarze

leczeniu cukrzycy

i pielęgniarki, jest bardzo zaniepokojone zaistniałą sytuacją prawną. Z jednej strony zrozumiała jest troska rządu o stan budżetu systemu ochrony zdrowia i – podzielana także przez diabetologów – chęć racjonalizacji zużycia pasków testowych przez chorych na cukrzycę w naszym kraju. Z drugiej jednak opisane wyżej zmiany w dostępie chorych do pasków testowych spowodują bardzo szybko wzrost wydatków NFZ. Wielu chorych będzie bowiem zmuszonych zaniechać samokontroli glikemii, co musi doprowadzić w krótkim czasie do pogorszenia wyrównania metabolicznego cukrzycy. Chory, nie mierząc stężenia glukozy we krwi, nie będzie mógł dobrać właściwej dawki insuliny, co spowoduje znacznie częstsze występowanie niedocukrzeń i znacznych hiperglikemii, których leczenie będzie nawet czasem wymagać hospitalizacji. Być może zatem NFZ zmniejszy sumę dopłat do pasków testowych, ale w ciągu kilku miesięcy znacznie wzrosną koszty leczenia szpitalnego cukrzycy.

Samokontrola tak jak lek

Warto podkreślić, że samokontrola glikemii jest traktowana w diabetologii jak lekarstwo, na równi z lekami doustnymi i insuliną. Istnieją liczne dowody naukowe wskazujące, że u pacjentów, którzy regularnie prowadzą samokontrolę, cukrzyca jest lepiej wyrównana, wartości glikemii bliższe prawidłowym, a ryzyko rozwoju powikłań – mniejsze. I odwrotnie – niestosowanie samokontroli prowadzi do złego wyrównania cukrzycy i szybszego rozwoju powikłań. A np. niemożność bezpłatnego otrzymania wstrzykiwacza do insuliny spowoduje, że pacjenci będą odwlekać rozpoczęcie insulinoterapii, a tym samym będą narażeni na szybszy rozwój powikłań choroby.

Wprowadzone drogą ustawy zmiany w zakresie refundacji pasków wpisują się w ogólnie niekorzystne dla chorych na cukrzycę działania władz. Od kilku lat, wraz

z pacjentami chorymi na cukrzycę, nieustannie zwracamy uwagę Ministerstwa Zdrowia i premiera na bardzo ograniczony dostęp chorych do nowych leków przeciwcukrzycowych (nierefundowanie długo działających analogów insuliny i leków inkretynowych). Obecnie zagrożony jest także dostęp chorych do samokontroli.

Co trzeba zmienić?

Próbując działać konstruktywnie, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne w liście otwartym do minister zdrowia z 15 sierpnia br. zgłosiło konkretne propozycje zmiany niekorzystnych zapisów ustawy. Sejm mógłby znowelizować treść art. 72 poprzez uwzględnienie w nim wyrobów medycznych, co skutkowałoby utrzymaniem odpłatności ryczałtowej dla wszystkich osób z cukrzycą. Drugim elementem no-

Nie będzie możliwe stosowanie jakichkolwiek darowizn dla chorych, co oznacza, że nie będą mogli oni otrzymywać bezpłatnie wstrzykiwaczy do insuliny lub glukometrów.

welizacji powinna być zmiana art. 15 pkt 10 w zakresie limitu finansowania, tak aby uwzględniał on urzędową marżę detaliczną. Inną możliwością – bardziej skomplikowaną – jest wprowadzenie do ustawy zapisu dzielącego pacjentów na dwie grupy o odmiennej odpłatności w zależności od częstości stosowania samokontroli. ☉

Autor jest prof. nadzw. dr hab., specjalistą chorób wewnętrznych i diabetologii, prezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

W krainie ab

┌ Pora, aby środowisko lekarskie uświadomiło sobie
* wpływ ustawy o refundacji nie tylko na pozycję
└ prawną lekarzy, ale także pacjentów.

PAULINA KIESZKOWSKA-KNAPIK

Dotychczas wchodząca w życie 1 stycznia 2012 r. Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych pojawiła się w debacie z udziałem lekarzy jedynie w kontekście ich potencjalnej odpowiedzialności za tzw. nienależną refundację. Oburzenie lekarzy na

przekładanie na nich zadań państwa, w dodatku w oparciu o niejasne, wewnętrznie sprzeczne przepisy, jest jak najbardziej słuszne, ale nie jest to jedyna wada ustawy, która będzie miała wpływ na praktykę lekarską. Może nawet ważniejszy jest wpływ na zakres refundacji leków dla pacjentów, a więc przyszłe wybory terapeutyczne lekarzy, a co za tym idzie – ich skuteczność i odpowiedzialność zawodową. Ustawa wprowadza bowiem wiele kontrowersyjnych rozwiązań, które będą biły w pacjenta.

Do czego dopłaci pacjent

Przy lekach refundowanych zasada jest taka, że NFZ płaci za leki z danej tzw. grupy limitowej maksymalnie do wysokości z góry określonego limitu refundacji (a czasem tylko do jego części), a resztę dopłaca pacjent. Za leki droższe, zwykle oryginalne, czy wręcz innowacyjne pacjent płaci

więcej z własnej kieszeni. Od 1 stycznia 2012 r., mimo że limit refundacji NFZ będzie dla poszczególnych leków ten sam albo niższy, dotychczas maksymalne (a więc rynkowo obniżalne) dopłaty pacjenta mają być sztywne – zamrożone, określone tylko w decyzji ministra zdrowia. Nawet jeśli firma obniży wyjściową cenę produktu, to ani hurtownia, ani apteka nie będą mogły nigdy obniżyć cen i dopłat pacjentów. Takie

Aptekarz może pacjentowi zamienić tylko leki tożsame co do substancji, i to też tylko wtedy, jeśli nie ma różnic terapeutycznych.

rozwiązanie kilku konstytucjonalistów uznało za sprzeczne z konstytucją, bo zamraża się nie tylko wydatek NFZ (niezależnie od leku w danej grupie limitowej taki sam), ale także własny wydatek pacjenta.

Celem tej operacji jest – jak wskazywał poseł sprawozdawca – „zachęcenie” pacjentów do leczenia się lekami generycznymi. Sam w sobie cel ten jest kontrowersyjny, zważywszy, że i bez ustawy 85 proc. polskiego rynku leków to generyki, a w Europie chyba tylko Rosja daje mniejszą dostępność do innowacji niż Polska. Dodatkowo jednak, co szczególnie ważne, mechanizm tego przedstawiania ludzi na leki generyczne nie bierze pod uwagę, że refundacyjne grupy limitowe (art. 15) są o wiele szersze niż grupy zamienników aptecznych (art. 44). Refundacyjne grupy limitowe, dzięki którym NFZ ogranicza swoje wydatki, zawierają leki o różnych substancjach, jeśli

R E K L A M A

surdów

posiadają one podobne działanie terapeutyczne i zbliżony mechanizm działania, przy możliwych innych drogach podania czy postaciach farmaceutycznych. Natomiast aptekarz może pacjentowi zamienić tylko leki tożsame co do substancji, i to też tylko wtedy, jeśli nie ma różnic terapeutycznych. W przypadku leków apetycznie niezamiennych, problemem jest więc nie tylko to, że pacjenci ekonomicznie będą zmuszeni do zmiany terapii na generyczną. Pacjent leczący się takim lekiem zawsze zostaje ze sztywną dopłatą i albo leków nie wykupi, albo – aby się dalej leczyć – wróci do lekarza z pytaniem, co dalej?

Najgorsze jest to, że nowych grup limitowych jeszcze nie ma. Nie ma się więc jak przygotować do oceny sensowności planowanej przez ustawodawcę masowej operacji przestawiania pacjentów na inne, może wcale nie optymalne dla nich leczenie.

Szpitalna niewiadoma

W szpitalach sytuacja będzie jeszcze bardziej niejasna. Programy terapeutyczne na poszczególne choroby mają zastąpić dziesiątki programów lekowych, dotyczących poszczególnych dawek każdego leku z osobna. Nikt nie wie, kto napisze te programy, kiedy one wejdą w życie, jak NFZ będzie je kontraktował. Okres przejściowego spokoju to tylko sześć miesięcy (od 1 stycznia do 30 czerwca 2012 r.) kontraktów zawartych pomiędzy świadczeniodawcami a NFZ tej jesieni. Zagadkowość nowego rozwiązania pogłębia fakt, że w szpitalach także mają obowiązywać grupy limitowe, z zakazem zakupu przez szpital leków droższych niż leki wyznaczające limit.

O ile w aptekach limit powoduje, że w grę wchodzi większa dopłata własna pacjenta, o tyle w szpitalach takie rozwiązanie oznacza po prostu brak niektórych leków dotychczas

stosowanych w leczeniu. Pacjent nie może bowiem dopłacić w szpitalu do leku, aby mógł być leczony lekiem droższym, ale w jego przypadku lepszym lub wręcz niezbędnym. Ponadto, ustawa nie wprowadza żadnych zmian w prawie zamówień publicznych. Wygląda więc na to, że każda zmiana li-

mitów (planowana co dwa miesiące) będzie powodować re negocjacje umów z dostawcami i ewentualnie zmianę terapii, jeśli pewnych leków szpital nie będzie mógł kupić, bo wskutek obniżenia limitu staną się droższe niż limit.

Mało tego, ministerstwo, moim zdaniem wbrew racjonalnej wykładni przepisów, twierdzi, że zakazane będą także darowizny leków refundowanych do szpitali. Nie ma jednocześnie odpowiedzi na pytanie, jak NFZ zamierza zapewnić dostępność nowoczesnego leczenia, które w pewnym chociaż zakresie gwarantowały, np. w psychiatrii, terapie darmowe. Na to wszystko słyszymy głos prezesa NFZ, że ten jest nieprzygotowany do wprowadzenia ustawy.

Wszystkie te dylematy bynajmniej nie dotyczą tylko firm farmaceutycznych, ich cen i warunków prowadzenia działalności w Polsce. Te warunki refundacji będą miały w obecnym, całkowicie scentralizowanym, urzędniczym systemie bezpośredni wpływ na możliwości terapeutyczne lekarzy. Jak to się ma do aktualnej wiedzy medycznej i autonomii zawodowej lekarzy? Czy uzasadnione jest systemowe utrudnianie pacjentom dostępu do nowoczesnego leczenia? ☉



Autorka jest adwokatem, partnerem w kancelarii Baker&McKenzie



Lekarze w stanie wojennym

Choć od tamtej mroźnej, grudniowej nocy minęło 30 lat, pamięć tych tragicznych wydarzeń jest wciąż żywa.

LUCYNA KRYSIAK

Już w pierwszym tygodniu stanu wojennego w blisko 60 aresztach i ośrodkach internowania zamknięto 5 tys. osób. W sumie internowano 10 tys. działaczy NSZZ „Solidarność”. Oprócz przywódców i doradców związku, organizatorów protestów i strajków, represjonowano intelektualistów, naukowców,

nauczycieli, lekarzy. Byli nie tylko internowani, ale zwalniani z pracy, zmuszani do emigracji, śledzeni, nękanii rewizjami.

Dekret na czarownice

Łódzka internistka i hematolożka, dr Maria Dmochowska (w latach 80. współorganizatorka struktur

związkowych „Solidarności” w służbie zdrowia, obecnie doradca prezesa Instytutu Pamięi Narodowej), zatrzymanie i internowanie pamięta tak, jakby to zdarzyło się wczoraj. W przeddzień wprowadzenia stanu wojennego pojechała do Gdańska, gdzie obradowała Krajowa Sekcja Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”.

– Wróciłam nocą, było zimno, całą drogę stałam w pociągu na korytarzu, byłam zmęczona i żałowałam, że nie zostałam. Teraz wiem, że gdybym to zrobiła, moje losy potoczyłyby się inaczej. Zamiast internowania byłoby aresztowanie i więzienie – wspomina.

Zabrali ją 20 minut po północy. Pozwolili zamienić szlafrok na ciepłą odzież, wziąć pastę i szczoteczkę do zębów. Na ul. Lutomierską i do innych komend milicji w Łodzi zwieziono już kilkadziesiąt osób. Były

przesłuchiwane, później odsyłano je „na dołek”, gdzie odbywały się trwające do piątej rano rewizje. Następnie podjeżdżały „suki” milicyjne, które przewoziły zatrzymanych do więzień. Marię Dmochowską przewieziono do Łęczycy, a stamtąd do Olszynki Grochowskiej. – Gdzieś zapodział się lekarz więzienny i na prośbę naczelniczki więzienia leczyłam więźniów. Pomagałam „naszym”, ale chodziłam też do „połyków”. Brałam udział w roznoszeniu paczek PCK i kościoła – opowiada Maria Dmochowska. – Doprowadziłam do zwolnienia chorej, którą później leczył w swoim oddziale dr Marek Edelman. My, lekarze, nie tylko ci z więzienia, ale z tzw. wolności, byliśmy przez cały czas z aresztowanymi – dodaje. Jej wspomnienia opisało w książce „Dekret na czarownicy.”

W Gołdapi, gdzie docelowo trafiła dr Dmochowska, zamknięto pięć lekarek. Były wśród nich dr Halina Sarul z pobliskiego Giżycka, ceniona przez pacjentów lekarka chirurg, którą SB zabrało siłą w kapciach, łamiąc

***Oprócz przywódców
i doradców związku,
organizatorów
protestów i strajków,
represjonowano
intelektualistów,
naukowców, nauczycieli,
lekarzy. Byli internowani,
zwalniani z pracy,
zmuszani do emigracji,
nękani rewizjami.***

jej przy okazji okulary i dr Elżbieta Seferowicz, dermatolożka z Zabrza, od 1980 r. działaczka „Solidarności”, której rodzinę przez kilka tygodni SB trzymało w niewiedzy, gdzie przebywa i co się z nią dzieje. W Gołdapi była do końca istnienia ośrodka internowania.

– Gdyby nie koledzy lekarze z zewnątrz, nie wiem, jak przetrwałybyśmy ten czas. Pamiętam małżeństwo okulistów, które przez cały czas utrzymywało z nami kontakt i starało się jak najwięcej z nas hospitalizować. Była to okazja do spotkania z rodziną i chociaż przez chwilę przebywania w normalnym, ludzkim świecie. Wielu lekarzy z zewnątrz, anonimowych, obok pomocy medycznej niosło wsparcie moralne. Wyciągali „na szpitala” internowanych, a zagrożonych więzieniem przetrzymywali w oddziałach najdłużej jak się dało – wspomina dr Elżbieta Seferowicz.

Dr Grażyna Przybylska-Wendt, anestezjolożka, jedyna kobieta w Prezydium Krajowej Komisji NSZZ „Solidarność”, przed wprowadzeniem stanu wojennego pracowała w szpitalu wojewódzkim w Płocku jako lekarz sądowy. Kiedy w pamiętną, mroźną noc aresztowano ją w Gdańsku i internowano do Gołdapi, miała przy sobie maszynę do pisania i notatki z sekcji zwłok, z których >>

nie zdążyła sporządzić protokołów. Władze poleciły jej dokończenie tej pracy. Wtedy zażądała osobnego pokoju, dzięki czemu oprócz oficjalnych protokołów mogła wystawiać obdukcje współwięźniarkom, które doznały obrażeń w czasie pobytu w więzieniach i transportu do miejsca internowania.

– Te obdukcje dotarły do Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i na ich podstawie powstał raport o sytuacji zdrowotnej internowanych kobiet – wspomina Grażyna Przybylska-Wendt.

Bez pracy i szans na specjalizację

Wydawało się, że aresztowaniom i internowaniom nie będzie końca. Każdy drżał o własne życie i los pozostałych na wolności rodzin, przyjaciół, kolegów z opozycji. Obawy te nie były bezpodstawne. Do 24 grudnia 4 tys. osób, głównie przywódców związkowych, przedstawiono zarzuty prokuratorskie i zasądzono wyroki. Wielu lekarzy wyrzucono z pracy. Taki „wilczy” bilet oznaczał dla nich nie tylko utratę dochodów, ale i możliwość dalszego kształcenia się.

Dr Zbigniew Kowalewski pracował wtedy w Specjalistycznym Szpitalu im. A. Sokołowskiego w Szczecinie. Kiedy wprowadzono stan wojenny, pojechał do niego (był członkiem zarządu Komisji Zakładowej „Solidarności”). W obawie przed aresztowaniem, przez trzy dni nie opuszczał stanowiska pracy. Ponieważ działały jeszcze telefony, wiedział, co dzieje się w innych regionach kraju. Zdawał sobie sprawę, że jest źle, że działacze „Solidarności” są zatrzymywani, przesłuchiвани, inwigilowani, wywożeni do ośrodków internowania. Sam również był wielokrotnie zatrzymywany przez milicję na 48 godzin i przesłuchiwany w czasie stanu wojennego. W jego mieszkaniu przeprowadzano rewizje. Szukano ulotek i niezależnej prasy. Mimo szykan, przez cały czas organizował pomoc dla rodzin internowanych. Kolportował ulotki podziemnych wydawnictw, m.in. niezależnego pisma „KOS” (Komitet Oporu Społecznego).

W kwietniu 1982 r. został internowany za podziemną działalność i osadzony w zakładzie karnym w Wierchowiu Pomorskim. Zwolniono go dopiero w sierpniu. Stracił pracę i miał duże problemy ze znalezieniem nowej. Nie pozwolono mu dokończyć specjalizacji II stopnia. Ostatecznie, dzięki przyjacielom został zatrudniony w przychodni kolejowej w Szczecinie. W kwietniu 1984 r. ponownie go aresztowano i trafił do zakładu karnego w Nowogardzie.

Grażyna Przybylska-Wendt po powrocie z internowania przez trzy miesiące nie mogła odzyskać etatu lekarza sądowego. Szykanowana, bez zlecen z sądu i prokuratury, nie mogąc wystawiać opinii jako biegły, pozostawała bez środków do życia. Kiedy w końcu odzyskała pracę, zabrano jej wszystkie wypracowane przez lata dodatki.

Każdy drżał o własne życie i los pozostałych na wolności rodzin, przyjaciół, kolegów z opozycji.

Powszechną praktyką było zmuszanie działaczy „Solidarności” do opuszczenia kraju. Prof. Andrzej Sosnowski, kardiochirurg, był młodym lekarzem, kiedy zaangażował się w działalność związku. Internowany w stanie wojennym, w 1983 r. dostał paszport. Dano mu wyraźnie do zrozumienia, że władza w Polsce już go nie chce.

Dla niego i wielu jemu podobnych to była podróż w jedną stronę. Przez 20 lat mieszkał i pracował za granicą. Niedawno wrócił do Polski, mieszka w Sopocie.

Ponad podziałami

Według oficjalnych danych wskutek postrzałów i innych obrażeń odniesionych w stanie wojennym zginęło 56 osób, choć według Nadzwyczajnej Komisji Sejmowej liczba

ofiar mogła sięgać 100. W starciach z siłami bezpieczeństwa łżej i ciężiej rannych w całym kraju były setki. Do największego pogromu doszło w kopalni „Wujek”.

– Pracowałem w Centralnym Szpitalu Klinicznym w Ligocie, w którym z najwyższego piętra można było zobaczyć, co dzieje się w okolicy kopalni. Krążący nad głowami helikopter był sygnałem, że będzie pacyfikacja. Cały personel stał w oknach i czekał w napięciu na rozwój wydarzeń. Wśród nas były żony, córki i matki górników z kopalni „Wujek” – wspomina prof. Grzegorz Opala, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (w latach 2000-2001 minister zdrowia, poseł na Sejm III kadencji, w „Solidarności” od 1980 r., był m.in. delegatem na I Krajowy Zjazd Delegatów związku w Gdańsku).

Mimo tego sąsiedztwa Centralny Szpital Kliniczny nie był przez władze wytypowany do udzielania pomocy medycznej poszkodowanym podczas pacyfikacji. Funkcję tę pełnił szpital MSW i zmilitaryzowany szpital górniczy w Ochojcu, choć w żadnym z nich nie było neurochirurgii, a przecież większość rannych górników została postrzelonych przez pluton specjalny ZOMO w głowę i klatkę piersiową. Neurochirurdzy i pielęgniarki ze szpitala w Ligocie, wyposażeni w narzędzia chirurgiczne, pojechali więc do Ochojca.

Widząc narastające zagrożenia dla górników, jeden z lekarzy – Marek Rudnicki (wtedy adiunkt Kliniki Chirurgii, dziś profesor na Uniwersytecie Chicagowskim), ryzykując aresztowanie, na częstotliwości radiowej dla karettek nadał służbowo brzmiący komunikat, że wszystkich rannych należy wieźć do szpitala w Ligocie. Dzięki temu trafiali tu górnicy, na których Służba Bezpieczeństwa polowała szczególnie. Miała doskonałe rozeznanie, kto jest kim, bo nie bacząc na rany, esbecy wyciągali ich z karettek jadących do Ligoty i wieźli do szpitala MSW. Część rannych udało się jednak zatrzymać i ochronić. Atmosferę grozy podgrzewało przywożenie

ciał zabitych górników do zakładu medycyny sądowej.

– Postawa lekarzy w tym czasie zasługuje na najwyższe uznanie. Nawet ci, którzy jako szefowie byli związani z reżimem, usuwali się na bok, aby nie przeszkadzać. Liczba poszkodowanych w różny sposób była ogromna. Jednych czekały procesy, inni zostali bez środków do życia i możliwości leczenia – wspomina prof. Grzegorz Opala, który z myślą o nich w stanie wojennym współtworzył Biskupi Komitet Pomocy Internowanym i Uwięzionym (kierował sekcją lekarską). – To była pomoc nieoceniona. Nie tyle polegała ona na udzielaniu bezpośredniej pomocy medycznej, ile na zebraniu dokumentacji medycznej, formułowaniu wniosków i odwołań sądowych dla uwięzionych czy koniecznej dla dobrego wniosku hospitalizacji. Szukaliśmy sposobów, aby uzyskać dla nich zwolnienie ze względu na stan zdrowia.

***Dla więzionych
i internowanych
najbardziej
wyczekiwany prezentem
gwiazdkowym była
jakakolwiek wiadomość
od bliskich. Coś, co daje
nadzieję.***

Zwracaliśmy się do lekarzy z różnych przychodni i szpitali, aby pomogli. I pomagali, niezależnie od tego, czy byli w partii, czy byli zaangażowani w ruch solidarnościowy. Potrafili wznieść się ponad te podziały, dając dowód wysokiej etyki i solidarności zawodowej – dodaje.

Oprócz tych, którzy za działalność opozycyjną trafili do więzień

i ośrodków internowania, stracili pracę lub zostali zmuszeni do wyjazdu z kraju, była cała rzesza lekarzy działających po cichu. Nieśli pomoc tym, którzy ryzykowali własne zdrowie i życie. Narażając się na szykany, otaczali ich opieką medyczną, przekazywali leki, paczki żywnościowe, odzież.

Stan wojenny wprowadzono dwa tygodnie przed Bożym Narodzeniem. Trudno dziś sobie wyobrazić, jakie były dla nich te święta.

Na Śląsku dzielono się opłatkiem ze łzami rozpacz po zabitych górnikach i z trwogą w sercu, jaki los czeka tych, którzy przeżyli. Dla więzionych i internowanych najbardziej wyczekiwany prezentem gwiazdkowym była jakakolwiek wiadomość od bliskich.

A dla ich rodzin najważniejsze było, jak dotrzeć do nich z ciepłą odzieżą, lekami czy choćby kawałkiem świątecznego ciasta. Z czymkolwiek, co mogło dodać otuchy.☺

Bez przysięgi...

Wprowadzenie stanu wojennego uniemożliwiło młodym lekarzom uroczyste złożenie przysięgi Hipokratesa. Czekali na ten moment 30 lat.

ZYTA KAŻMIERCZAK-ZAGÓRSKA

W 1975 r. byliśmy pierwszym rocznikiem, który rozpoczął studia na nowo otwartym Wydziale Katowickim Śląskiej Akademii Medycznej. Właśnie kończono budowę Centralnego Szpitala Klinicznego w Ligocie, sukcesywnie oddawano do użytku akademiki oraz budynki poszczególnych zakładów teoretycznych, zatem na krótki czas mieliśmy uczyć się w Zabrze-Rokitnicy, gdzie mieścił się Wydział Zabrzeński.

Sześć lat trudnych studiów, zdane egzaminy i oczekiwanie na upragniony dyplom, przysięga Hipokratesa złożona w szacownych

murach Alma Mater, radość rodziców, a potem wymarzona praca lekarza. To ścieżka, którą podążają kolejne roczniki młodych lekarzy w Polsce.

Co się takiego wydarzyło, że absolwenci rocznika 1975-1981 nie złożyli przysięgi Hipokratesa? Czy fakt, że 30 lat temu nie złożyliśmy jej wpłynął na nasze zawodowe życie? Te i inne pytania zadawali nam dziennikarze, którzy przybyli 3 czerwca 2011 r. do auli im. prof. Witolda Zahorskiego na dyplomatorium absolwentów rocznika 1981 Wydziału Katowickiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Wróćmy jednak do tamtych, już historycznych dni...



ABSOLWENCI WYDZIAŁU KATOWICKIEGO PO OFICJALNYCH UROCZYSTOŚCIACH. NA PIERWSZYM PLANIE DR HAB. MACIEJ KAJOR, ORGANIZATOR JUBILEUSZU.

Niedzielną, zimową porannek 13 grudnia 1981 r. W telewizji obraz kontrolny i wreszcie straszna wiadomość – stan wojenny. Nazajutrz zaplanowana uroczystość dyplomatorium mojego wydziału, więc już od kilku dni trwają przygotowania. Rodzice zaplanowali urlop, aby mi towarzyszyć w tym ważnym dla mnie, ale i dla nich, dniu.

Profesor Władysław Nasilowski z pośpiechem i wielką powagą wręczał nam dyplomy, a profesor Stefania Kardaszewicz z matczyną troską gasiła nasze przerażenie i obawy o przyszłość.

Kraj był w szoku, a my też. Ogłoszono zakaz zgromadzeń, nie wiadomo było, jak potoczą się losy kraju, więc wszyscy studenci już od godzin rannych szturmowali dziekanat, który wtedy mieścił się w Katowicach przy ulicy Poniatowskiego 15. Ówczesny rektor, prof. Zbigniew Herman, na prośbę dziekana Wydziału Katowickiego, prof. Władysława Nasilowskiego, wyraził zgodę na otwarcie dziekanatu





FOT.: PIOTR ZAGÓRSKI

ukończenia studiów, która dla nas była jednocześnie pierwszą okazją, by złożyć uroczyste przysięgę Hipokratesa. Zatem tradycji stało się zadość. Nasz jubileusz uświetnili swoją obecnością: JM Rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego – prof. Ewa Małecka-Tendera, obecna dziekan Wydziału w Katowicach

– prof. Joanna Lewin-Kowalik oraz prof. Władysław Nasiłowski, który w swoim wykładzie wspominał tamte trudne dla uczelni i Polski dni.

Uroczystości zorganizował i przygotował nasz kolega z roku, dr hab. n. med. Maciej Kajor. ●

AUTORKA JEST PREZESEM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W BIELSKU-BIAŁYM

R E K L A M A

i wręczenie dyplomów. Oczywiście nie było wtedy mowy o jakiegokolwiek uroczystej formie i wykładzie z deontologii lekarskiej. Pamiętam prof. Władysława Nasiłowskiego, w brązowej, sztrukturalnej marynarce, ze znaczkiem „Solidarności” w kłapie marynarki, który z pośpiechem i wielką powagą wręczał nam dyplomy, a prof. Stefania Kardaśzewska z matczyną troską gasiła nasze przerażenie i obawy o przyszłość.

Te i inne wspomnienia przywołaliśmy podczas uroczystości 30-lecia



PROF. DR H. C. ŚLĄSKIEGO
UNIwersytetu Medycznego
WŁADYSŁAW NASIŁOWSKI.





Fot.: Katarzyna Strzałkowska

PROF. WLADYSLAW NASIŁOWSKI JEST SPECJALISTĄ ANATOMII PATOLOGICZNEJ I MEDYCYNĄ SĄDOWĄ. W LATACH 1980-1982 BYŁ DZIEKANEM WYDZIAŁU LEKARSKIEGO ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ. KIEROWAŁ ZAKŁADEM MEDYCYNĄ SĄDOWĄ SAM; BYŁ PRZEWODNICZĄCYM NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO I OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO W KATOWICACH.

Panie profesorze, gratuluję tytułu Doktora Honoris Causa Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, nadanego podczas tegorocznej Centralnej Inauguracji Roku Akademickiego. W laudacji prof. Grzegorz Opala, mówiąc o czasach „Solidarności”, powiedział o panu: „Jest wszędzie tam, gdzie powstawały nowe struktury związkowe i uczelniane, wymagające prawnego opisanie nowej rzeczywistości”. Jaka była wówczas rzeczywistość?

W uczelni wszystkie decyzje musiały być wydawane przez rektora, mówiło się nawet o kablu łączącym Katowice z Kremlem. W końcu mieliśmy dość życia w nieładzie i arbitralnych decyzji rektora Józefa Jonka, który był nieprzystępny w swoim zachowaniu, despotyczny. W 1980 r. zebraliśmy cztery rady wydziałów i doprowadziliśmy do jego obalenia. W szufladzie mam kartaturę autorstwa Tadeusza Ginko, która obrazuje to wydarzenie – jest

„Moja postawa wynikała z odwagi cywilnej”

‖ Z prof. Władysławem Nasiłowskim, emerytowanym ‖
* profesorem Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, *
‖ rozmawia Katarzyna Strzałkowska ‖

zsubienica, wyrok, gilotyna i skandujący tłum. Dążyliśmy świadomie do zmian w kierunku demokracji i wolnej pracy. Kiedy wybrano mnie dziekanem Wydziału Lekarskiego, wręczono mi kwiaty, ale kiedy powiedziałem, że nie należę do partii – żądano odebrania ich ode mnie. Sam, dwa lata później, zrezygnowałem z tej funkcji. W 1983 r. podpisałem petycję skierowaną do Sejmu, w której wezwano do uwolnienia aresztowanych z przyczyn politycznych. Petycję podpisało 51 osób, w tym dziewięć z naszej akademii. Władze PRL nie dały za wygraną – zaczęły się szykany i inwigilacja przez SB. Taka była rzeczywistość.

Wybuch stanu wojennego zdarzył się z absolutorium moich studentów.

Mieliśmy uroczyste zakończenie studia, rozdać dyplomy, złożyć przysięgę. Wydział zabrzański zdążył, nasz już nie.

14 grudnia 1981 r. absolwenci Wydziału Lekarskiego w Katowicach mieli uroczyste odebrać dyplomy, a tymczasem dzień wcześniej wybuchł stan wojenny i zabroniono wszelkich uroczystości.

Wybuch stanu wojennego zdarzył się z absolutorium moich studentów. Mieliśmy uroczyste zakończenie studia, rozdać dyplomy, złożyć przysięgę. Wydział zabrzański zdążył, nasz już nie. Zamknięto dziekanaty. Naradziłem się z prof. Zbigniewem Hermanem, ówczesnym rektorem, i zorganizowaliśmy dziesięć grup studenckich. Każdą wzywałem oddzielnie, zgłaszali się do mnie po odbiór dyplomu. Do każdej grupy miałem dzieśnięć różnych przemówień. O czym im mówiłem? O „Solidarności”. Dyplomy odebrali, ale przysięgi nie złożyli.

I postanowili ją złożyć po trzydziestu latach...

Tak, przyjechali w tym roku z różnych części świata. Wielki aplauz, łzy wzruszenia, radość. Dla mnie to był znamienity znak, że prawda etyczna nie ginie. To był rezonans po nauczaniu, że w wykonywaniu zawodu ważna jest umiejętność podejmowania decyzji etycznych. Wzruszyło mnie sympatyczne podejście lekarzy, którzy przyjechali z Miami i odczuwali przez tyle lat brak złożenia przysięgi. To był ciekawy incydent świadczący o tym, że duch w lekarzach jest wielki, że są tacy, którzy chcą przypomnieć tamte czasy.

Tamte czasy to też 16 grudnia 1981, pacyfikacja górników kopalni „Wujek”. Jak zapamiętał pan ten dzień? Nas nie zdegradowano, pomimo stanu wojennego, ale Zakład Medycyny Sądowej, którym kierowałem,

obstawiono. Chciano manipulować, łącznie z prokuraturą krajową. Naciski były od samego początku, chcieli zakamufłować pogrzeby. Na korytarzach byli różni dziwni ludzie. Zarządziłem pełną obiektywizację. Powiedziałem, że to ma być tak zrobione, żebyśmy historycznie mogli dojść do prawdy. Podsunąłem prokuratorom, że należy rodzinom wydawać zwłoki. Zrobiliśmy pełną dokumentację fotograficzną. Nasze fotografie były zrobione w kilku wersjach i przechowywane u znajomego leśniczego. Znaleźliśmy w ciele jednego z górników pocisk. Pocisk ten został zarekwirowany przez prokuraturę, jednak nie wykorzystano go do identyfikacji broni, z której strzelano do górników.

Kilka lat temu w procesie pacyfikacji „Wujka” zeznał pan, że nie miał wątpliwości, iż do górników strzelano, celując w ważne dla zdrowia i życia części ciała.

Zeznawanie przed sądem, nawet po wielu latach, to ryzyko zawodowe każdego medyka sądowego. Sprawę traktowałem więc zawodowo. Anatomicznie stwierdziłem, że postrzały były celowane – prawie wszyscy ranni i zabici górnicy zostali bowiem trafieni w głowę lub klatkę piersiową.

W pańskim życiorysie są ekshumacje dla celów beatyfikacyjnych i kościelnych oraz głośne sprawy: Stanisław Pyjas – 1977 r., ks. Jerzy Popiełuszko – 1984 r., ks. Sylwester Zych – 1989 r. Dlaczego chciał je pan prowadzić?

Moja postawa wynikała nie z bohaterstwa, ale z właściwego podejścia do zawodu i odwagi cywilnej. Do dzisiaj powtarzam młodym ludziom: miej odwagę cywilną, nie zakładaj kominiarki, nie bój się nazwiska, pokaż twarz, pokaż, kim jesteś i co potrafisz! A cokolwiek robisz, rób to porządnie.

Oczywiście te sprawy miały ogromne znaczenie historyczne, polityczne, ale z punktu widzenia medycznego należało podejść do nich metodycznie. Aparat władzy, jakim była Służba Bezpieczeństwa, tworzył skrzywione prawa, z których wynikały różne działania zbrodnicze. Musiałem jednak przyjąć, że te przypadki to w naszej pracy statystyczny margines. Tylko

myśląc w ten sposób, mogłem pokonać negatywne obrazy i zająć się porządnie pracą.

Pańskie motto zawodowe jest zaczerpnięte z obrazu Rembrandta „Lekcja anatomii doktora Tulpa”.

Tak. Tulp uczy siedmiu uczniów, jak przeprowadzać sekcję, a w tle powinien widnieć napis „*Hic est locus ubi mors succurrere vitae*”, co znaczy „Tu jest miejsce, gdzie śmierć pomaga życiu”. To przypomina, że sekcja zwłok to nie metoda kontrolna, ale badawcza. Dlatego medycyna sądowa powinna nosić nazwę medycyna prawna, której nie da się zastąpić tomografią komputerową i radiogramami.

Powtarzam młodym ludziom: miej odwagę cywilną, nie zakładaj kominiarki, nie bój się nazwiska, pokaż twarz, pokaż, kim jesteś i co potrafisz! A cokolwiek robisz, rób to porządnie.

Dwa lata temu, pytany o prawdziwych bohaterów, powiedział mi pan, że prawdziwi bohaterowie już nie żyją. O kim pan myślał?

To zrozumiałe – o tych, którzy oddali życie za Polskę.

A jak wygląda teraz Polska?

Mamy to, o co walczyliśmy i nie potrafimy tego wykorzystać. Na nowo nie da się odbudować „Solidarności”, ale pewne wartości demokratyczne powinny być wpojone przez nauczycieli i wychowawców. A co widzimy? 11 listopada 2011 – demonstracje dwóch grup i bijatykę. Aż strach pomyśleć, co powiedziałyby marszałek Piłsudski. Młodzież nauczyłbym przede wszystkim realizacji wartości, a ci, którzy tego nie potrafią niech zajmą się sportem, zwłaszcza wyczynowym, a nie wychodzeniem na ulicę. ●

Co złego, to nie my

Ostatni kwartał roku to czas próby w publicznych szpitalach i poradniach. Kończą się limity, a chorych przybywa. I jedno, i drugie jest tak samo przewidywalne jak pojawienie się żółtych liści na drzewach w październiku. Jeśli spełniono by

obietnice sprzed reformy i pieniądź szedłby za pacjentem, mielibyśmy teraz czas obfitych zbiorów, a nie nerwowego wyczekiwania na koniec roku. Gdyby tak chociaż można było renegocjować umowy, w elastyczny sposób przesuwając punkty, liczyć na zapłatę za nadwykonania albo udzielać świadczeń odpłatnie. To także marzenia ściętej głowy dyrektora. Niemilościwie panujący nam Fundusz nie tyle bezradnie rozkłada ręce, co karci świadczeniodawców i wybiela się w oczach pacjentów. Szefom placówek medycznych dostaje się za brak planowania przyjęć i wytyka najrozmaitsze uchybienia w realizacji kontraktów, a następnie zabiera pieniądze. Pacjentom ubezpieczyciel nieustannie powtarza: „Co złego, to nie my”, zapewniając, że w zasadzie wszystko jest dostępne, a jeśli czegoś nie ma, wina leży po stronie lekarzy, którzy powinni pracować „lepiej, racjonalniej, z większym zaangażowaniem i troską”.



Ociekający frazesami język pozwala NFZ do niczego się nie zobowiązywać, zachowując przy tym twarz dobrego wujka. To

doprawdy kuriozum na skalę światową, że ubezpieczyciel narodu pobiera z naszych kieszeni pieniądze, deklaruje gwarancję świadczeń, ale nie mówi, co dokładnie i w jakim czasie musi być zrealizowane. Przekaz działa, bo nieprzyjęty pacjent najczęściej nie skarży się na Fundusz, lecz wylewa żale (mówiąc bardzo delikatnie) na rejestratorów i lekarzy. Tymczasem to NFZ powinien nie tylko mówić, że będzie pilnował kolejek, ale faktycznie nimi zarządzać. Ergo w sytuacji, gdy pacjent dowiaduje się o wyczerpaniu limitu, to ubezpieczyciel winien wskazać, gdzie i kiedy ma się zgłosić na leczenie, proponując ośrodki w regionie, kraju, a jak potrzeba – za granicą. Bo tak to właśnie działa wszędzie tam, gdzie świadczenia są gwarantowane nie tylko z nazwy.

Jaskrawych przykładów umywania przez Fundusz rąk jest więcej. Kolejni szefowie tej instytucji chwalą się na prawo i lewo niskimi kosztami administracyjnymi, zapominając jak duża w tym zasługa pracowników placówek medycznych. Absurdalnie rozbudowana sprawozdawczość i konieczność odpowiadania na bezzasadne, nierzadko po prostu bezdurne pytania urzędników absorbują i kradną czas na pracę z pacjentami, bo angażują również lekarzy i pielęgniarki. Rozumiem, nie ma nowoczesnego systemu ochrony zdrowia bez rozbudowanej biurokracji. Znajomi praktykujący na Zachodzie też narzekają na obciążającą papierologię – klasyczną oraz tę w formie bitów. Ale dla nich biurokracja związana z prowadzeniem praktyki to przede wszystkim wystawianie rachunków, w tym za badania profilaktyczne, szczepienia, stwierdzenie zgonu i czynności administracyjne, takie jak wypisywanie zwolnień i zaświadczeń. Mówiąc krótko – piszesz i masz. Prawie tak jak u nas – piszesz i masz... karę. **Mam na myśli ordynację leków. Nie przeczę, recepty na leki refundowane można traktować jak rodzaj czeku, względnie promesę udzielenia bezzwrotnej pożyczki.** Z drugiej strony, nie może być

tak, że w przypadku wyłudzenia dofinansowania karze się nie naciągacza, a bankiera. Lekarz nie ma możliwości skutecznego sprawdzenia, czy ktoś jest ubezpieczony, czy tylko tak twierdzi, bo na przykład nie odprowadził na czas składki zdrowotnej. To doprawdy nie nasza wina, że nie ma w Polsce aktualizowanej na bieżąco bazy ubezpieczonych. A gdyby nawet była, odpowiednim miejscem weryfikacji uprawnień do określonego rodzaju odpłatności za leki jest okienko apteczne, a nie gabinet lekarski. Niedopuszczalne jest, by zamiast czytelnych standardów, opracowanych przez AOTM i towarzystwa naukowe, o tym, co komu, z jaką odpłatnością i w jakiej ilości można było wypisać, decydowało widzimisię urzędnika NFZ. Nie bądźmy naiwni i nie przyglądajmy się biernie, jak po raz kolejny ktoś próbuje na nas secdować swoje obowiązki, mówiąc: „Co złego, to nie my”. Ta bierność może bowiem oznaczać, że za chwilę my będziemy musieli wykrzyknąć: „Toniemy!”.

Sławomir Badurek
Autor jest diabetologiem wiceprezesem Kujawsko-Pomorskiej OIL w Toruniu publicystą „Pulsu Medycyny”

» Prywatyzacja tak, ale w rozsądnym zakresie «

Z prof. Wojciechem Maksymowiczem,
dzikanem Wydziału Nauk
Medycznych z kierunkiem lekarskim
na Uniwersytecie Warmińsko-
Mazurskim w Olsztynie,
rozmawia Lucyna Krysiak



Panie profesorze, jak pan ocenia to, co się dzieje w ochronie zdrowia? Czego można spodziewać się w ciągu najbliższych czterech lat?

Wiele zależy od woli rządu, otoczenia makroekonomicznego oraz przygotowania i dynamizmu pomysłodawców. Zmiany fundamentalne dokonały się już w 1999 r., kiedy powołano kasy chorych, usamodzielniono placówki, wprowadzono kontraktowanie świadczeń i rachunek kosztów. To, co się działo później – setki poprawek w ustawach, powstawanie nowych – nie zmieniło podstaw nowego systemu. Nie jest więc konieczna zbyt głęboka ingerencja w to, co już zostało zrobione. Po drodze trafili się politycy, np. minister zdrowia Mariusz Łapiński, którzy blokowali właściwą ewolucję. Powołanie wtedy Narodowego Funduszu Zdrowia, wygodnego dla rządzących narzędzia sprawowania nadzoru, było błędem, którego koszty wciąż ponosimy. Wcześniej zlikwidowano Krajowy Związek Kas Chorych i Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, które otwierały drogę prywatnym ubezpieczeniom zdrowotnym. Z chwilą powołania NFZ, poważne międzynarodowe instytucje ubezpieczeniowe wycofały się, niestety, z planów zainwestowania w Polsce. No cóż, stało się, ale teraz trzeba doprowadzić do wypełnienia obietnicy wyborczej Platformy Obywatelskiej i zlikwidować NFZ oraz utworzyć kilka funduszy. Sytuacja jest jednak kryzysowa i niczego nie powinno się robić pochopnie. Swego czasu także zakładaliśmy komasację kas, ale z dopuszczeniem prywatnego rynku ubezpieczeń.

Jakie zagrożenia niesie ze sobą obecna reforma i czy rzeczywiście jest się czego obawiać?

Nie nazywajmy wprowadzenia kilku ustaw reformą. Im bardziej politycy są politykami, a mniej fachowcami,

FOT. ARCHIWUM

tym chętniej posilkują się PR. Jest niezbędny, aby pozyskać władzę, utrzymać ją i jak trzeba – wytłumaczyć się, że wszystko jest OK. Najbardziej obawiałbym się nie do końca przewidywalnych skutków niektórych zapisów ustawy o działalności leczniczej, dotyczącej możliwych przekształceń własnościowych pokazywanych politycznie jako panaceum na wszystkie bolączki ochrony zdrowia. Prywatyzacja tak, ale w rozsądnym zakresie, z ograniczeniem prowadzenia działalności dla zysku. Moje obawy budzi podniecenie wśród finansistów, którzy widzą w tym własny interes, niekoniecznie tożsamy z interesem społecznym. Jeśli całe grupy, np. szpitale czy przychodnie, będą gwałtownie przekształcane, to może narazić rząd na poważne konsekwencje. Presja prywatnych właścicieli działających for profit jest ogromna. Niemal pewne jest wystąpienie mechanizmu tzw. spijania śmietanki. Prywatne, działające dla zysku szpitale będą unikać ryzykownych, generujących koszty procedur, którymi w większym stopniu niż dotychczas obciążą się publiczne szpitale wojewódzkie i przede wszystkim kliniczne. Paradoksalnie, prywatyzacja części placówek może spowodować wzrost zadłużenia szpitali, które muszą pozostać publicznymi oraz poczucie niedostatecznego dostępu do drogich świadczeń, zwłaszcza szpitali klinicznych. Jednocześnie można się spodziewać większych nawet od związkowych nacisków prywatnych właścicieli na zwiększanie nakładów na opiekę zdrowotną.

Czy w takim razie obrany przez rząd kierunek zmian jest właściwy?

Trzeba przyznać, że minister zdrowia Ewa Kopacz przeszła te cztery minione lata bez strajków, protestów, odchodzenia od łóżek pacjentów itp. Doszło jednak do budowania czegoś, co budzi wątpliwości. Zauważmy, że w Wielkiej Brytanii, która jest wzorcem dla wielu naszych menedżerów od zdrowia, podmioty stricte prywatne stanowią margines systemu. Musi wreszcie dotrzeć do decydentów, że choć ochrona zdrowia to usługi, to rządzi się innymi prawami. Musi zapewnić ludziom poczucie bezpieczeństwa, i łatwo naruszyć tę zasadę.

A co sądzi pan o likwidacji stażu podyplomowego?

Jako dziekan utworzonego przed czterema laty od podstaw nowego wydziału uniwersyteckiego, nie jestem tym przestraszony. Jesteśmy elastyczni i spokojnie możemy dostosować program studiów do nowego systemu. Ministerstwo Zdrowia może nas nawet użyć jako pilotażu. Już na I roku studiów mamy więcej zajęć praktycznych, pozyskaliśmy środki europejskie na wprowadzanie nowoczesnych metod nauczania, umiejętności klinicznych, wyposażenie sal i laboratoriów. Trudno ocenić sytuację innych uczelni medycznych, które są znacznie większe i mają stare programy. Potrzebne jest porozumienie rządzących z profesorami, bo relacje między nimi są trudne, a przecież zawsze spotykają się ze sobą w obszarze odpowiedzialności. Ostatnio zostały naruszone niefortunne zapisami ustawowymi, rozdzielającymi funkcje kierownika kliniki i jej ordynatora. Wiedza w świecie medycyny jest bardzo ważna i zawsze będzie wpływała na jakość leczenia, koszty i ukształtowanie przyszłych lekarzy. Kompromis jest więc konieczny.

W rządzie Jerzego Buzka był pan ministrem zdrowia i opieki społecznej, wcześniej zasiadał pan w Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, był redaktorem naczelnym „Gazety Lekarskiej”. Czy można pogodzić urząd z działalnością samorządowca?

Nie można sprawować tych funkcji jednocześnie, ponieważ inny jest zakres odpowiedzialności za to, co się robi. Mnie ta odpowiedzialność mobilizowała, powodowała, że pracowałem jak niewolnik. Jako lekarz indywidualnie odpowiadam za pacjenta, jako działacz samorządowy za los kolegów funkcjonujących w określonym systemie, jako urzędnik państwowy za cały dział państwa. To nie może być tożsame z działalnością samorządową. Praca w samorządzie i „Gazecie Lekarskiej” dała mi wiedzę i kontakty, które zaprocentowały, kiedy zostałem ministrem. Izba to nie jest jakiś monolit, uczy szacunku do inności przekonań, wzbogaca wewnętrznie, zwłaszcza kiedy ścierają się ambicje i emocje. W przeciwieństwie do wielu

osób, które po objęciu funkcji odsunęły się od izby, ja ten kontakt utrzymuję.

Pana życiorys związany jest z „Solidarnością”. Jak postrzega pan swój udział w tym ruchu?

W 1980 r. skończyłem studia, zacząłem pracę w szpitalu przy ul. Banacha w Warszawie i z entuzjazmem włączyłem się w tworzenie związku zawodowego „Solidarność”. Byłem młody, co zmyliło służby bezpieczeństwa i nie chodzili za mną tak jak za innymi. Polowali na przywódców. Kiedy ich przetrzebiali, kolejny szereg wchodził do aktywności i tak znalazłem się w środku wydarzeń. W drugi dzień stanu wojennego miałem dyżur. Ktoś zadzwonił, zapytał, czy mam samochód i benzynę. Pojechaliśmy ratować co się dało z opłombowanego Ośrodka Badań Społecznych. Centrum Warszawy, Aleje Jerozolimskie, pusto, wejście od podwórka, wokół same „suki” milicyjne. Zabraliśmy co się dało, także powielacz, który do końca stanu wojennego służył w podziemiu. Wyniosłem go osobiście, był bardzo ciężki. Groziły za to sankcje, za coś takiego mój student Rafał Taczanowski, później wicedyrektor Szpitala Bródnowskiego w Warszawie, został aresztowany. Na uczelniach zakazano działalności kół naukowych, a ja takie nielegalnie prowadziłem. Wymienialiśmy ulotki, prasę podziemną. Na Banacha założyliśmy równoległy „szpital podziemny”. Remontowane oddziały służyły do opatrywania i przetrzymywania rannych z różnych manifestacji. Dzięki temu ominęli izbę przyjęć, gdzie wszystkich spisywano. Swoisty „szpital polowy” powstał przy kościele na ul. Miodowej, obok Ministerstwa Zdrowia, gdzie także opatrywano rannych w akcjach protestacyjnych. Na przełomie 1989 i 1990 r. zaczęliśmy odbudowę ciągle jeszcze nielegalnych struktur „Solidarności”. Powierzono mi prowadzenie Komisji Koordynującej Służby Zdrowia Regionu Mazowsze, później oddelegowano do zorganizowania pierwszych wyborów do władz izb lekarskich i tworzenia struktury organizacyjnej bazy Naczelnej Izby Lekarskiej. Zostałem sekretarzem I kadencji NIL, dysponując jedną starą maszyną do pisania, równowartością 2 tys. zł i ogromnym zapałem. ●

Z notatnika rzecznika prasowego



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

Wniosek o zawieszenie prac

18 listopada Prezydium NRL złożyło wniosek do ministra zdrowia o zawieszenie prac nad projektem rozporządzenia w sprawie recept lekarskich do chwili ustalenia wzoru umowy upoważniającej lekarzy i lekarzy dentystów do wystawiania recept na leki refundowane oraz opracowania projektu rozporządzenia umożliwiającego prowadzenie ograniczonej dokumentacji medycznej w celu wystawiania recept „pro familia” i „pro auctore”, zgodnie z deklaracją podpisaną 26 października przez ministra Ewę Kopacz, prezesa NRL i prezesa NFZ. W deklaracji zawarte zostało m.in. oświadczenie, że NFZ – wspólnie i w porozumieniu z NRL – opracuje wzór umowy upoważniającej lekarza i lekarza dentystę do wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, stosuje i będzie stosował zasady kontroli, których głównym celem jest wykrycie rażących nadużyć, a MZ określi sposób prowadzenia dokumentacji medycznej w przypadku wystawiania recept „pro auctore” i „pro familia”.

Refundacja – kalendarium

22 października Prezydium NRL podjęło apel do władz RP, stanowisko i oświadczenie dla mediów w sprawie ustawy o refundacji. Dwa dni później przedstawiciele Prezydium spotkali się z ministrem zdrowia oraz prezesem NFZ Jackiem Paszkiewiczem, na którym podpisano wspólne oświadczenie. Tego samego dnia prezes NRL wystosował list wyjaśniający, że podpisane oświadczenie jest początkiem

drogi w walce o prawa do leczenia bez nacisków biurokratycznych NFZ. Wszystkie dokumenty zostały opublikowane na stronie www.nil.org.pl i przekazane mediom. 27 października prezes NRL zwrócił się do Rady o ocenę zasadności wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego wniosku o sprawdzenie, czy zapisy ustawy refundacyjnej są zgodne z Konstytucją RP. 4 listopada Prezydium NRL podjęło stanowisko, w którym zwróciło się do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów z prośbą o poparcie petycji. Podpisując ją, będziemy domagać się, aby uprawnienie pacjenta do otrzymania leku refundowanego było realizowane przez płatnika refundującego koszty leków, natomiast lekarze i lekarze dentyści zajmowali się wyłącznie wskazywaniem na receptę, jakiego leku pacjent potrzebuje.

„Przepraszamy lekarzy”

31 października dziennik „Fakt” opublikował preprosiny Zarządu spółki Ringier Axel Springer Polska za nieprawdziwe treści artykułu „Terrorysty!”, zamieszczonych na łamach „Faktu” 25 maja 2006 r. Preprosiny zostały opublikowane w następstwie procesu sądowego, który został wytoczony przez NRL. Zarząd RASP przeprosił m.in. za nazwanie lekarzy terrorystami oraz zarzucenie im bezwzględności i odmawiania pomocy chorym dzieciom. Wyrok został opisany i skomentowany w marcowym numerze „GL”.

To naruszenie tajemnicy!

Prezydium NRL zwróciło się z apelem do ministra zdrowia o pilną nowelizację rozporządzenia z 7 stycznia 2004 r. w sprawie badań lekarskich kierowców i osób

ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami. Zgodnie z przepisami zawartymi w załączniku nr 4 do rozporządzenia, lekarz, który podczas wykonywania zawodu stwierdził u osoby ubiegającej się o prawo jazdy lub posiadającej prawo jazdy przypadek wystąpienia epizodu ciężkiej hipoglikemii lub napadu o symptomatologii padaczkowej, podejrzenie albo istnienie padaczki, powinien – niezależnie od okoliczności – niezwłocznie powiadomić organ wydający prawo jazdy o konieczności dokonania oceny predyspozycji zdrowotnych tej osoby do kierowania pojazdami. Przepis ten jest sprzeczny z nakazem zachowania w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, sformułowanym w ustawie z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści i może spowodować ukrywanie przez pacjentów ww. dolegliwości, a tym samym stworzyć zagrożenie dla ich zdrowia.

Zdrowie w słowie

NRL oraz Rada Języka Polskiego zapraszają na konferencję „Zdrowie w słowie”, która odbędzie się 15 grudnia 2011 r. o godz. 11 w siedzibie NIL w Warszawie przy ul. Sobieskiego 110. Tematem przewodnim będzie używanie języka polskiego w ochronie zdrowia. Udział w konferencji zapowiedzieli: prezes NRL – dr n. med. Maciej Hamankiewicz, wiceprzewodniczący Rady Języka Polskiego – prof. dr hab. Jerzy Bralczyk, prof. dr hab. Ewa Kołodziejek, prof. dr hab. med. Jan Doroszewski, przewodniczący Rady Etyki Medyków – Ryszard Bańkiewicz oraz lek. med. Zbigniew Kostrzewa. Szczegóły i zgłoszenia: Milena Kruszewska, tel. (22) 559 13 27, m.kruszewska@hipokrates.org

Wybielanie zębów będzie bezpieczne

„Nowy dzień dla pacjentów i konsumentów” – w taki sposób Rada Lekarzy Dentystów Europejskich (CED) skomentowała decyzję Rady Unii Europejskiej o zaakceptowaniu nowelizacji przepisów dyrektywy dotyczącej produktów kosmetycznych. CED wielokrotnie nawoływała do właściwych regulacji w odniesieniu do produktów do wybielania zębów. Lekarze dentyści, zarówno na poziomie krajowym, jak i unijnym, wskazywali, że znajdujące się w wolnej sprzedaży produkty wybielające zęby o wysokiej zawartości nadtlenu wodoru mogą stanowić niebezpieczeństwo dla pacjentów. Nowelizacja regulująca zasady dopuszczenia do sprzedaży produktów wybielających zęby w pełni realizuje



zalecenia zawarte w opinii Komitetu Naukowego ds. Produktów Konsumenckich (SCCP), jak i stanowisko CED w sprawie stosowania nadtlenu wodoru w tych produktach. Po decyzji Rady UE produkty do wybielania zębów zawierające do 0,1 proc. nadtlenu wodoru nadal będą dostępne na rynku dla

konsumentów. W przypadku produktów zawierających od 0,1 do 6 proc. nadtlenu wodoru konieczne będzie przeprowadzenie badania klinicznego i ewentualne leczenie przez lekarza dentyście w celu zapewnienia braku czynników ryzyka lub patologii jamy ustnej. Później pacjent będzie mógł kontynuować wybielanie samodzielnie. Korzystanie z tych produktów przez osoby w wieku poniżej 18 lat nie jest zalecane.

Do 30 października 2012 r. (czyli 12 miesięcy od daty publikacji w Dzienniku Urzędowym UE dyrektywy zmieniającej) wszystkie państwa członkowskie UE mają obowiązek wdrożenia odpowiednich przepisów krajowych. Omawiana nowelizacja ma istotne znaczenie dla

bezpieczeństwa pacjentów, zwłaszcza w obliczu coraz częściej pojawiających się na rynku niesprawdzonych naukowo środków o wysokim stężeniu nadtlenu wodoru i szeregu niewykwalifikowanych podmiotów oferujących stosowanie tego rodzaju środków. Decyzja Rady Unii Europejskiej jasno precyzuje, jak i przez kogo wybielanie zębów powinno być wykonywane w UE.

Komisja Stomatologiczna NRL zwróciła się do ministra zdrowia o bezzwłoczne podjęcie odpowiednich działań legislacyjnych, aby przepisy wynikające ze znowelizowanej dyrektywy zostały wdrożone do prawa polskiego w najkrótszym możliwym terminie.

Anna Lella

Jesteśmy organem szybki

Z Jerzym Jakubiszynem, przewodniczącym Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, rozmawia Lucyna Krysiak



FOT.: MATEUSZ GAJDA

Dopóki jestem przewodniczącym Konwentu, będę pilnował, aby nie powstało wrażenie, że ktoś chce coś zrobić poza plecami Naczelnej Rady Lekarskiej.

Kto i po co ustanowił Konwent Prezesów? W ustawie o izbach lekarskich nie ma zapisu, który mógłby posłużyć jako podstawa do utworzenia tego rodzaju organu.

Nie ma w niej także zapisu o komisjach problemowych, a działalność Konwentu wpisuje się w ten schemat. Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich powstał w drugiej kadencji samorządu lekarskiego jako organ szybkiego reagowania na najbardziej palące problemy pojawiające się w naszej korporacji, budzące najwięcej emocji, kontrowersji. Nasze spotkania często przeradzały się w burzę mózgów, a wypracowane na nich stanowiska są później prezentowane na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej.

Skoro jednak Naczelna Rada Lekarska jest pomiędzy Krajowymi Zjazdami Lekarzy najwyższą instancją i zasiadają w niej ci sami prezesi, którzy

tworzą Konwent, to czy jest sens dwa razy dyskutować o tym samym? Może udział w obradach Rady wywołuje w nich niedosyt i muszą spotykać się na Konwencie?

To nie jest kwestia niedosytu. Na posiedzeniach Naczelnej Rady Lekarskiej rozstrzygane są różnorodne sprawy, jest ich cały pakiet. Konwent zajmuje się pojedynczymi problemami, kłopotliwymi, które często dotyczą okręgowych izb lekarskich i ich specyfiki. Takim przykładem jest choćby dyskusja na temat wysokości refundacji otrzymywanej z Ministerstwa Zdrowia na zadania przejęte przez samorząd od administracji państwowej. Dzięki rozmowom na Konwencie udało nam się znaleźć skuteczny sposób na to, aby wyegzekwować należne izbom pieniądze. Wspólnie sprzeciwiliśmy się resortowi i wynegocjowaliśmy znacznie większe środki, niż pierwotnie nam proponował. Sprawa refundacji kosztów ponoszonych przez izby z tytułu przejęcia obowiązków administracji państwowej będzie co roku wracać, nasza postawa jako Konwentu w tej sprawie jest więc znacząca. Tym bardziej że Ministerstwo Zdrowia koszty te traktuje jako dotacje, a nie ustawowo należne nam pieniądze. Wiadomo przecież, że dotacja jest uzależniona od zasobności budżetu, a refundacja powinna być jego stałym elementem.

Naciski Konwentu Prezesów ograniczają się jedynie do zajęcia stanowiska w sprawie, czy też mają ciąg dalszy?

Tak, mają ciąg dalszy. Za sprawą ustaleń, które zapadły na spotkaniu Konwentu, okręgowe izby lekarskie wystąpiły na drogę sądową i w ten sposób dochodzą zwrotu pieniędzy za przejęcie czynności od organów

administracyjnych państwa. Przypominajmy, że na mocy ustawy o izbach lekarskich samorząd lekarski zajmuje się wpisywaniem lekarzy do rejestru, wydawaniem prawa wykonywania zawodu, prowadzeniem spraw przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie. Jednak każda izba nieco inaczej dysponuje tymi środkami. Tam,

Jeśli chcemy być silni, musimy mówić jednym głosem. Tylko wtedy jesteśmy partnerem dla Ministerstwa Zdrowia

gdzie ustala się wynagrodzenia np. dla rzeczników odpowiedzialności zawodowej czy sędziów sądu lekarskiego, sprawa jest prosta, ale już rozliczenia zużycia gazu czy energii różnią się między izbami i resort próbuje to wykorzystać na ich niekorzyść. Dlatego uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej koszty utrzymania zostały uśrednione i według tych kosztów będziemy naliczać stan zadłużenia. Resort zaproponował powołanie wspólnego zespołu, który znajdzie złoty środek. Wiadomo, izby chcą odzyskać jak najwięcej, a Ministerstwo Zdrowia – oddać jak najmniej. Trzeba się więc spotkać gdzieś w połowie drogi, w jakimś sensownym miejscu, i znaleźć konsensus. Wiem, że jeszcze raz trzeba przeanalizować sposób obliczania tych kosztów, po to, by dokładnie wiedzieć, co się nam należy.

Nad czym obecnie łamią sobie głowy prezesi na Konwencie?

Nad ustawą refundacyjną, która wprowadzie wejście w życie dopiero w styczniu 2012 r., ale już budzi sprzeciw środowiska medycznego. Ustawa ta m.in. nakłada na lekarzy,

ego reagowania

którzy błędnie wypiszą receptę refundowaną, poważne sankcje. Oczywiście, nie chodzi nam o zachowania przestępcze, ale o te codzienne sytuacje, kiedy np. lekarz, nie wiedząc, że pracodawca nie odprowadził składki na ubezpieczenie zdrowotne, wypisuje pacjentowi-pracownikowi receptę refundowaną. Zdarza się, że pytając pacjenta, czy jest ubezpieczony i uzyskując od niego odpowiedź twierdzącą, lekarz wypisuje mu lek refundowany. Dopiero potem okazuje się, że pacjent nie jest ubezpieczony. Nie miał jednak pojęcia o tym, że jego pracodawca jest nierzetelny i nie odprowadził za niego składki. Tyle że w świetle ustawy to nie pracodawca ma być ukarany, ani pracownik, który – być może nieświadomie – wprowadził lekarza w błąd, ale

Nie do nas należy weryfikowanie uprawnień pacjenta. Nie ma tego w kanonie wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty.

lekarz. To nie jest w porządku i będziemy walczyć o zmianę tego zapisu. Nie do nas należy weryfikowanie uprawnień pacjenta. Tego w kanonie wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, wynikającym z art.2 ustawy o naszych zawodach, nie ma.

Konwent zawsze spotyka się w przeddzień posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej. To przypadkowa zbieżność terminów?

Nie, to celowy zabieg. Nasze spotkania, dyskusje, mają charakter roboczy. W czasie obrad NRL często jest zbyt mało czasu, aby szczegółowo rozwozić się nad jednym problemem. Dzięki spotkaniom na Konwencie mamy już wypracowany punkt widzenia, wiemy, jak głosować

i jakimi argumentami się podpieierać. Jeśli mamy ponosić odpowiedzialność za to, co uchwali NRL i wprowadzać te uchwały w swoich izbach, musimy bardziej wgłębiać się w szczegóły poszczególnych spraw, i Konwent nam to umożliwia. Przykładem korzyści wynikających z działań Konwentu jest sprawa rejestrowania praktyk lekarskich. Długo nie było rozporządzeń do ustawy, więc już w czerwcu zastanawialiśmy się, jak ustosunkować się do tego stanu zawieszenia.

Jakie kompetencje ma Konwent Prezesów? Jest ciałem doradczym, może podejmować decyzje w sprawach samorządu? Przed kim rozlicza się ze swojej działalności?

Pracujemy dla NRL, odpowiadamy przed nią i NRL jest dla nas najważniejszą instancją. Nie uzurpujemy sobie prawa do decydowania o czymkolwiek. Konwent ma być pomocny w wypracowaniu pewnych stanowisk. Nie mamy żadnych uprawnień formalnych, jesteśmy ciałem doradczym. Działamy na zasadzie komisji problemowej, choć nie ukrywam, że komisji szczególnej, bo w jej skład obligatoryjnie wchodzi prezesi poszczególnych izb, którzy powinni tłumaczyć się ze stanowisk podjętych na Konwencie również przed swoimi okręgowymi radami lekarskimi. Nawet jeśli ich zdanie nie było zgodne z stanowiskiem podjętym przez większość, powinni je w swoich izbach forsować. Tak funkcjonuje korporacja. Jeśli chcemy być silni, musimy mówić jednym głosem, tylko wtedy jesteśmy partnerem dla Ministerstwa Zdrowia. My nie wychodzimy z naszymi sprawami na zewnątrz jako Konwent, ale jako Naczelna Rada Lekarska, i dopóki jestem jego przewodniczącym, będę pilnował, aby nie powstało wrażenie, że ktoś chce coś zrobić poza plecami Rady. Konwent Prezesów pracuje przy otwartej kurtynie i nie ma żadnej sprzeczności interesów z tym, co robi Rada. ☉



Świąteczne życzenia

Tradycje trwają, ale gaśnie stopniowo pragnienie powrotu. Skrywamy je głęboko w sercach, jak nadzieję, którą lubimy się mieć, choć nigdy się nie spełni.

Paulo Coelho

JOLANTA MAŁMYGA

B

oże Narodzenie to moim zdaniem najpiękniejsze ze wszystkich świąt.

To wspomnienia beztróskiego dzieciństwa i czasu oczekiwania na wymarzone prezenty. Wspomnienia jarzących się lampek na świątecznych drzewkach, kolorowych bombek, które łatwo się tłukły i choinki niosącej ze sobą zapach rozgrzanego, letniego lasu w mroźny zimowy wieczór. To oczekiwanie na pierwszą gwiazdkę na niebie

W zabieganym życiu i pogoni za sukcesem giną zarówno autorytety, jak i wartości przekazywane od pokoleń.

i dzielenie się opłatkiem. Składanie życzeń, marzenia o ich spełnieniu i plany na zbliżający się Nowy Rok.



Autorka jest lekarzem dentystą, wiceprezesem ORL w Gorzowie Wlkp.

Boże Narodzenie to czas spokoju oraz wesołych spotkań w gronie rodzinnym przy wigilijnym stole. To tradycyjne radosne święta, ale czy nadal potrafimy z dziecięcą radością się nimi cieszyć? W każdym z nas jest coś z dziecka, tylko skrzętnie to ukry-

wamy – my, osoby dorosłe. Moim zdaniem o wielu tradycjach zapomnieliśmy i nie próbujemy ich podtrzymywać. Dlaczego tak się dzieje? W drodze do dorosłości zagubiliśmy uśmiech i spontaniczność, zatraćmy się pewne wartości życiowe. Zastanawiamy się, co wybrać, czym się kierować, aby żyć zgodnie ze współczesnymi trendami. W pogoni za dobrami doczesnymi gubimy siebie, zapominamy o odpoczynku i nie mamy czasu na radość.

Co roku składamy sobie życzenia i obietnice spełnienia marzeń.

I jak co roku wierzymy, że następny rok pod każdym względem będzie lepszy. Czy dotrzymujemy tych obietnic? Czy potrafimy się cieszyć tym, co mamy?

Człowiek jest tak zajęty zarabianiem na życie, że zapomina żyć.

Margaret Fuller

Te święta zwiastują też koniec roku, więc jest to czas na podsumowania, oceny i refleksje nad realizacją zaplanowanych zamierzeń. Ale to także narodziny nowego życia i Nowego Roku. To nadzieja na lepszy i piękniejszy czas.

Jak co roku składając życzenia zdrowia i spełnienia marzeń, będę wierzyła, że spełnią się one wszystkim. Przy roziskrzonych migocącymi światełkami choince, w poczuciu ciepła i miłości życzymy sobie radości na cały rok. I dotrzymajmy tej obietnicy nie tylko w tę „cichą noc, świętą noc”.

Obowiązki i sankcje



Ustawa o wyrobach medycznych nakłada na stomatologów i techników dentystycznych szereg obowiązków. Za niewywiązanie się z nich grożą kary.

ANNA LELLA, HALINA PORĘBSKA

Pstawa jest konsekwencją implementacji Dyrektywy Rady 93/42/EWG z 14 czerwca 1993 r., dotyczącej wyrobów medycznych. Przepisy te wprowadziły obowiązek zgłaszania do prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL) wyrobów medycznych wykonywanych przez ich wytwórców na zamówienie. Zgłoszenie takie powinno określać kod każdego z wyrobów według powszechnie uznanej nomenklatury GMDN (Globalna Nomenklatura Wyrobów

Medycznych) lub innej uznanej na świecie nomenklatury, np. UMDS oraz AMDNS.

Kto zgłasza wyrób do URPL

Początkowo sądzono, że pozyskanie kodów wyrobu, które są niezbędne przy zgłoszeniu wyrobu do urzędu, to znaczny koszt. Okazało się jednak, że w dobie globalizacji można takie kody pozyskać bezpłatnie, choćby z singapurskich stron internetowych. Ponadto, dzięki staraniom środowiska, wysokość opłat za zgłoszenie wyrobomedychnego ulega kolejnych

zapisach dziesięciokrotnemu obniżeniu (z 300 do 30 zł).

Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej przypomina Koleżankom i Kolegom, że zgodnie z przepisami nowej ustawy o wyrobach medycznych, która weszła w życie 18 września 2010 r. oraz wydanych na jej podstawie rozporządzeń ministra zdrowia, obowiązek zgłaszania wyrobów medycznych wykonanych na zamówienie dotyczy techników. Protezy czy aparaty ortodontyczne wykonywane w pracowniach techniczno-dentystycznych zostały zaklasyfikowane do wyrobów klasy IIb.

Uchybienia formalne mogą stanowić podstawę do ubiegania się przez pacjenta o odszkodowanie.

Definicja wyrobów na zamówienie nie obejmuje prac, które wykonuje lekarz dentysta w czasie wizyty pacjenta w gabinecie, ani tych, które wykonuje zatrudniony w tym gabinecie technik dentystyczny.

Zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy, do wprowadzanych do obrotu i używania wyrobów wykonanych na zamówienie, które są wyrobami klasy IIb, dołącza się oświadczenie wytwórcy (jest nim pracownia techniczno-dentystyczna, a nie

lekarz dentysta) lub autoryzowanego przedstawiciela o zgodności z wymaganiami zasadniczymi wyrobu wykonanego na zamówienie.

Obowiązki lekarza dentysty

Przed oddaniem pacjentowi do użytku przedmiotu określanego jako wyrób medyczny, wykonanego przez pracownię protetyczną na zlecenie lekarza dentysty, lekarz musi sprawdzić, czy dostarczona praca zawiera wymagane oświadczenie. Jest ono wystawiane po przeprowadzeniu odpowiedniej dla danego wyrobu procedury oceny zgodności, która potwierdza, że wyrób spełnia odnoszące się do niego wymagania zasadnicze lub wskazuje (z podaniem przyczyn), które z wymagań zasadniczych nie zostały spełnione.

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia, oświadczenie dla wyrobu wykonanego na zamówienie zawiera co najmniej następujące informacje:

- a) nazwę i adres wytwórcy,
- b) dane umożliwiające identyfikację wyrobu medycznego,
- c) oświadczenie, że wyrób medyczny jest przeznaczony wyłącznie do użytku określonego pacjenta i zawiera nazwisko, akronim lub kod jednoznacznie wskazujący pacjenta,
- d) nazwisko lekarza lub innej uprawnionej osoby, która sporządziła opis zlecenia, a w razie potrzeby nazwę zakładu opieki zdrowotnej,

e) szczególne właściwości wyrobu medycznego wskazane w zleceniu, o którym mowa w pkt. d),

f) oświadczenie, że wyrób medyczny jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi lub wskazanie wymagań zasadniczych, które nie zostały w całości spełnione (z podaniem przyczyn).

Wytwórca (technik) powinien przekazać oświadczenie zlecniodawcy (lekarzowi), a ten przekazuje je pacjentowi, dla którego przeznaczony jest wyrób. Pacjent powinien być zidentyfikowany za pomocą nazwiska, akronimu lub kodu liczbowego. Ponadto, wytwórca wyrobu wykonanego na zamówienie albo jego autoryzowany przedstawiciel przechowuje do

dyspozycji prezesa URPL dokumentację wskazującą miejsce lub miejsca wytwarzania oraz pozwalającą na zrozumienie projektu, procesu wytwarzania i działania wyrobu, w tym określającą przewidywane parametry działania, przygotowaną w sposób umożliwiający przeprowadzenie oceny zgodności wyrobu z odnoszonymi się do niego wymaganiami. Wytwórca podejmuje wszelkie niezbędne środki, aby proces wytwarzania zapewniał, że wyroby medyczne są wytwarzane zgodnie z tą dokumentacją. Dokumentacja i oświadczenie są przechowywane przez okres pięciu lat.

Za oddanie pacjentowi wyrobu medycznego bez

wymaganego dokumentu grożą sankcje.

Jak ustrzec się kary

Lekarze dentyści powinni bezwzględnie wymagać, aby pracownice techniczno-dentystyczne sporządzały i przekazywały im omawiane powyżej oświadczenie, które należy następnie przekazywać pacjentowi. Z punktu widzenia lekarzy jest to tym bardziej istotne, że z jednej strony zapewnia im większe bezpieczeństwo w przypadku ewentualnych roszczeń ze strony pacjentów, a z drugiej jest spełnieniem obowiązku wynikającego z przepisów ustawy.

Rozdział 13 ustawy o wyrobach medycznych zawiera zbiór przepisów karnych,

przewidujących różne sankcje – od kary grzywny, poprzez karę ograniczenia wolności, aż po karę pozbawienia wolności do lat dwóch.

Dziesięć artykułów w tym rozdziale dotyczy lekarzy dentyistów i techników. Lekarz może odpowiedzieć za braki formalne, a technik za brak zgłoszenia do URPL lub wprowadzenie do obrotu wyrobu bez certyfikatu. Ponadto, uchybienia formalne mogą stanowić podstawę do ubiegania się przez pacjenta o odszkodowanie. ☉

Anna Lella jest wiceprezesem NRL i przewodniczącą Komisji Stomatologicznej NRL, Halina Porębska jest sekretarzem KS NRL

R E K L A M A

Jubileusz APF

Akademia Pierre'a Faucharda obchodzi w tym roku 75-lecie.

Została założona w 1936 r. w Minneapolis w stanie Minnesota przez amerykańskiego lekarza dentyistę Elmera S. Besta, który skupiał wokół siebie wielu naukowców, by wdrażać do stomatologii obiektywne wyniki ich prac, niezależnych od działań komercyjnych. Na patrona Akademii wybrano Pierre'a Faucharda (1678-1761), francuskiego lekarza uważanego za ojca współczesnej stomatologii.

Obecnie w skład APF wchodzi 55 sekcji z USA i 64 sekcje działające w innych krajach świata. Jedną z nich jest Sekcja Polska, która zainaugurowała swoją działalność w 1991 r. podczas Kongresu Stomatologów Polskich w Warszawie (oficjalna rejestracja Stowarzyszenia „Akademia Pierre'a Faucharda Sekcja Polska” nastąpiła dopiero w 1999 r.). Członkami Akademii są lekarze dentyści zasłużeni dla rozwoju stomatologii zarówno w swoich krajach, jak i na arenie międzynarodowej, którzy zostali do niej zaproszeni i rekomendowani przez innych członków APF.

Pierwszymi członkami APF z Polski, zaproszonymi przez sekcje amerykańskie, byli: w 1985 r. profesorowie Kazimierz Dominik i Zofia Knychalska-Karwan, a od 1986 r. prof. Zbigniew Jańczuk. Wraz z ówczesnym prezesem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, prof. Włodzimierzem Józefowiczem, rozpoczęli oni prace nad zorganizowaniem Polskiej Grupy APF. Od początku istnienia Sekcji Polskiej aż do 2003 r. jej przewodniczącym był prof. Zbigniew Jańczuk. Zastąpił go prof. Eugeniusz Spiechowicz, który przekazał prezesowanie na tegorocznym wrześniowym spotkaniu Sekcji prof. Elżbiecie Mierzwińskiej-Nastalskiej. (AL)

Za wesoło jest

Kolega lekarz, któremu powiedziałem, że mam pisać do „Gazety Lekarskiej”, zadał dwa pytania: – A ty się na tym znasz? – I to będzie wesołe? .

Gdybym pisał o czymś, na czym się znam, znałoby, że idę na łatwiznę. A ja tak nie chcę. Chociaż medycyna nie jest czymś zupełnie mi obcym. Przez kilka lat pisywałem regularnie do pisma dla policji, a policzyłem, że na razie, statystycznie, mam częstszy kontakt ze służbą zdrowia, niż z organami ścigania. O, proszę – już użyłem fachowego sformułowania – „organami”! Czyli się znam. A czy wesołe? Wiem, że niektórzy na siłę próbują udowodnić, że ludzkie niedomaganie może być czymś radosnym. Pamiętam, jakie wrażenie kilka lat temu zrobiła na mnie propozycja z pewnego programu telewizyjnego. Zadzwonił pan i powiedział, że właśnie uruchamiają nowy „projekt”, który polega na tym, że w każdym odcinku jakaś gwiazda, jakiś celebryta, opowiada o przebytej przez siebie chorobie, a fachowiec – lekarz wyjaśnia, na czym ta choroba polega, skąd się bierze, jak z nią walczyć, jak jej przeciwdziałać. Oczywiście, do przedsięwzięcia dorobiła się cała ideologia. Że to o poważnych sprawach, ale na wesoło, że niby rozrywka, ale jaka



edukacja! Grzecznie odmówiłem, tłumacząc, że nie przeszedłem zbyt wielu chorób na tyle ciekawych, aby chcieć o nich opowiadać w telewizji. Ale wiem, że program się odbył. Widziałem jeden odcinek, w którym znany piosenkarz pokazywał zdjęcie swojej endoprotezy i zaśpiewał przebój o parostatku. Nie wiem dokładnie, jaki był klucz doboru piosenki ilustrującej opowieść o endoprotezie, bo z programu wynikało, że nie ma jej w związku z parostatkami, ale być może po prostu nie miał w swoim repertuarze wystarczająco wesołych piosenek o wypadku samochodowym. Teraz żałuję, że się nie zgodziłem. Minęło trochę czasu i zauważyłem, że zaczyna się u mnie pojawiać coraz więcej dolegliwości, o których na pewno z przyjemnością usłyszałoby wielu widzów. Zwłaszcza ci, którzy za mną nie przepadają. Może Światowa Organizacja Zdrowia powinna opublikować „S-BI”, czyli „Show – Business

Illness” – wykaz chorób, którymi celebryci mogliby się chwalić w telewizji i kolorowej prasie? Lekarze braliby wtedy udział w regulowaniu tego rynku, bo wiadomo, że jeśli ktoś opowiada o banalnym zapaleniu migdałków, to albo początkująca gwiazda, albo już się kończy. Przypadłości o najciekawszych nazwach i mające swoje źródło w naprawdę hulaszczym trybie życia, byłyby zarezerwowane dla tych na topie, a publikowane w internecie zestawienia „Kto ma co?” wywoływałyby natychmiast dyskusje na forach internetowych pod hasłem „Kto ma co od kogo?”. Przepraszam, to dopiero początek naszej znajomości, a już mnie poniosło w zbyt odważne żarty. Ale poniosło mnie, bo sobie przypominałem tamtą propozycję telewizyjną i pomyślałem, że to tylko kwestia czasu, a na pewno ktoś wymyśli coś jeszcze odważniejszego. A tak w ogóle to za wesoło jest. W książce, w podpisie do zdjęcia, na którym uwieczniona została rodzina pewnego poety, o jego babci napisano: „A usta ułożyły się jej w podkówkę charakterystyczną dla ludzi, którzy zapomnieli włożyć sztuczną szczękę”. Odnoszę wrażenie, że wokół, zwłaszcza w telewizji, coraz więcej jest takich, których usta

układają się w uśmiech charakterystyczny dla ludzi, którzy włożyli sztuczną szczękę, zapominając, że już tam jest jedna. Też sztuczna. Uśmiechają się do mnie za często i zupełnie bez powodu. Za wesoło jest. Idę ja sobie kiedyś ulicą Floriańską w Krakowie, a od strony rynku zbliża się do mnie demonstracja. Zdaje się, że to jakaś szlachetna akcja, słuszny wyraz sprzeciwu wobec łamania praw chorych – tego dotyczyły hasła na transparentach. Na jednym zobaczyłem napis: „Stowarzyszenie Wesoły Diabetyk”. Rozumiem szlachetną intencję – chodzi o to, żeby diabetykowi, mimo różnych problemów, z którymi codziennie się boryka, żyło się radośnie. Ale czy my nie nadużywamy przymiotnika „wesoły” i jemu podobnych? Mam nadzieję, że to się nie przeniesie na całe środowisko medyczne. Nie wiem, czy chciałbym się leczyć w przychodni, w której przyjmują: „żartobliwy ortopeda”, „jowialny dermatolog” czy „psotny okulista”. No, za wesoło jest. Spróbuję, żeby przynajmniej tutaj, w moich tekstach, nie było za wesoło. Wesołych Świąt! ☉

Autor jest dziennikarzem radiowej „Trójki”, konferansjerem, satyrykiem

10 lat OIL w Częstochowie

Małe izby lekarskie
działają sprawnie.

== RYSZARD GOLAŃSKI ==

W ubiegłym roku wszystkie izby lekarskie w Polsce – okręgowe i naczelną – obchodziły jubileusz 20-lecia, jako że odrodzony samorząd lekarski rozpoczął działalność 1 stycznia 1990 r. Skąd zatem w tytule mowa o 10-leciu? Korporacja w Częstochowie działa również od 1990 r., ale podczas podziału kraju na izby okręgowe ówczesne województwo częstochowskie zostało włączone do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, razem z województwami skierniewickim, sieradzkim, piotrkowskim i miejskim łódzkim. Większość lekarzy częstochowskich nie czuła związku z Łodzią i z całą pewnością myślałaby o samodzielnym funkcjonowaniu, gdyby nie fakt, że pierwszą przewodniczącą Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi została wybrana doktor Wanda Terlecka z Częstochowy.

W kolejnych latach w naszym samorządzie toczyły się dyskusje, często bardzo emocjonalne, nad kształtem terytorialnym izb. Nasiliły się one przy okazji zmiany podziału administracyjnego kraju, kiedy w miejsce 49 ustanowiono 16 województw. Głośno domagano się wówczas, aby obszar izby okręgowej był tożsamy z obszarem województwa. Małe izby, takie jak beskidzka, gorzowska, zielonogórska, płocka czy tarnowska, udowodniały rację swojego bytu.

Naczelna Rada Lekarska dała wyraz swojego poparcia dla funkcjonowania takich struktur samorządu zawodowego lekarzy, powołując na wniosek częstochowskich lekarzy nową okręgową izbę lekarską, z siedzibą w Częstochowie. Ten fakt i przypominająca go rocznica są ważne także obecnie. W Ministerstwie Zdrowia wraca bowiem od czasu do czasu pomysł zmiany.

Spotkanie zorganizowane w październiku w Częstochowie było więc okazją do przypomnienia historii powstania samodzielnego samorządu lekarskiego i podziękowania osobom, które się do tego przyczyniły. W Teatrze im. Adama Mickiewicza obecny prezes izby częstochowskiej, Mariusz Malicki, wręczył odznaczenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie „Za Zasługi dla Samorządu Lekarskiego” pierwszemu przewodniczącemu ORL Zbigniewowi Brzeziniowi oraz Zycie Kaźmierczak-Zagórskiej, Ryszardowi Golańskiemu, Romualdowi Górniakowi, Annie Kapusteckiej, Małgorzacie Klimzie, Markowi Mikołajczykowi i Grzegorzowi Zielińskiemu. Nagrodę Prezydenta Miasta Częstochowy im. Dr. Władysława Biegańskiego w dziedzinie ochrony zdrowia otrzymali lekarze: Kazimierz Unton, Dariusz Nowicki i Anna Paluch. Obchodom rocznicowym towarzyszyły wyjazdowe posiedzenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Komisji Stomatologicznej NRL. Uroczystości, które miały miejsce w Częstochowie, były okazją do przedstawienia korzyści wynikających z większej integracji środowiska w izbie o niewielkim terytorium działania. ☉



Październikowe spotkanie było okazją do przypomnienia historii powstania samodzielnego samorządu lekarskiego w Częstochowie.

FOT.: KATARZYNA STRZALKOWSKA

BIULETYN

Nr 7 (138) Rok XXII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Warszawa, XII 2011

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL – 8 października 2011 roku

UCHWAŁA Nr 21/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 października 2011 r.

w sprawie terminów posiedzeń
Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2012

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

§ 1.

Ustala się terminy posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2012:
10 lutego, 13 kwietnia, 22 czerwca, 7 września, 26 października, 14 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 22/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 października 2011 r.

w sprawie wystąpienia z wnioskiem
do Trybunału Konstytucyjnego

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 w związku z art. 188 pkt 1 i 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Naczelna Rada Lekarska uchwala co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2010 r. w sprawie przekazywania izbom lekarskim środków finansowych na pokrycie kosztów czynności wykonywanych przez izby lekarskie (Dz. U. Nr 94, poz. 611) z art. 115 ust. 3 w związku z art. 115 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, późn. zm.) oraz art. 2, art. 64 ust. 2 i 3, art. 92 ust. 1 i art. 216 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do sporządzenia wniosku do Trybunału Konstytucyjnego i reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym, w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1, z prawem udzielenia pełnomocnictwa.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 23/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 października 2011 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.)⁹⁾ i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 i Nr 112, poz. 654) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 30/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 września 2010 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, zmienionej uchwałą Nr 5/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 maja 2011 r., w § 17 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po upływie 5 lat od uzyskania dyplomu lekarza, przed przyznaniem ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza, jest zobowiązany do odbycia przeszkolenia, mającego na celu uzupełnienie wiedzy medycznej.”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 40, poz. 323, Nr 76, poz. 641 i Nr 219, poz. 1706 i 1708 oraz



Primum non nocere

Tylko 6 proc. polskich lekarzy przestrzega zaleceń i szczepi się przeciwko grypie.

TADEUSZ MARIA ZIELONKA

Przed dwoma laty poprosiłem lekarzy i pielęgniarki o określenie przyczyny niezaszczepienia się przeciwko grypie. Najczęstszym powodem była nieświadomość takiego obowiązku, którą zadeklarowało aż 55 proc. pielęgniarek i 33 proc. lekarzy. W następnej kolejności był u pielęgniarek koszt szczepienia (17 proc.), a u lekarzy brak czasu (24 proc.) i lenistwo (17 proc.). Wskazuje to na dużą potrzebę edukacji w tym zakresie, szczególnie średniego personelu medycznego. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki często stwierdzali, że nie muszą się szczepić, gdyż są młodzi i zdrowi. Pokazuje to, jak głęboka jest ich niewiedza, gdyż uzasadnieniem do corocznego szczepienia personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek, fizykoterapeutów, studentów zawodów medycznych) jest przede wszystkim ochrona ich podopiecznych, czyli osób chorych, w podeszłym wieku, z obniżoną odpornością i licznymi chorobami przewlekłymi, dla których zakażenie to może być groźne i nierzadko śmiertelne.

Nieetyczne obyczaje

Warto przypomnieć zasadę *primum non nocere*, stanowiącą fundament medycyny. Czy lekarz zakażający swojego chorego potencjalnie śmiertelnym wirusem grypy przestrzega tego nakazu?

W Polsce panuje obyczaj, wzmacniany presją środowiskową ze strony bezpośrednich przełożonych i kolegów, że z powodu grypy, czyli banalnej infekcji wirusowej, nie wypada nie przyjść do pracy, bo to niekoleżeńska i nieetyczna względem chorych postawa. Powoduje to przekazywanie choroby pozostałym członkom zespołu i narażanie chorych na utratę życia lub zdrowia. Przypomina to trochę postawę lotników, którzy wbrew procedurze, z powodu presji otoczenia, świadomi braku dobrych alternatyw, decydują się lądować w skrajnie złych warunkach pogodowych, wierząc, że może i tym razem uda się szczęśliwie wylądować. Postawa ta jest głęboko zakorzeniona w polskim środowisku lekarskim i trudno będzie ją zmienić. Może zatem szczepiąc się przeciw grypie, zmniejszymy konsekwencje takich nieetycznych i groźnych dla pacjentów obyczajów.

Lekarze nie dają dobrego przykładu

Warto przywołać przykład amerykańskich lekarzy, którzy najczęściej szczepią się przeciwko grypie (ponad 80 proc.). Trzeba jednak dodać, że dochodzili oni do tego stopniowo, dzięki podejmowaniu skutecznych działań. Na początku zalecenie szczepień personelu medycznego wpisano do standardów dotyczących profilaktyki i kontroli grypy. Potem, analizując przyczyny słabej reakcji środowisk medycznych, zalecono bezpłatne wykonywanie szczepień w miejscu pracy. Jednak najlepsze wyniki przyniosło wprowadzenie obowiązku pisemnego uzasadnienia przyczyny niezaszczepienia się

przeciwko grypie oraz konieczność stosowania w pracy masek chirurgicznych w sezonie epidemicznym przez personel medyczny, który się nie zaszczepił.

W innych krajach wysoko rozwiniętych odsetek szczepiających się lekarzy, choć kilkakrotnie wyższy niż w Polsce, nie przekracza 50 proc. (we Francji 48 proc., w Niemczech 31 proc., a w Wielkiej Brytanii 25 proc.). Jak widać, nie tylko polscy lekarze mają kłopot z realizacją standardów medycznych, szczególnie jeśli dotyczy to ich samych. Jakże łatwo w praktyce klinicznej usprawiedliwiać nieskuteczność działań lekarskich nieprzestrzeganiem przez chorych zaleceń. Okazuje się jednak, że pomimo posiadanej wiedzy lekarze wcale nie są mądrzejsi i lepsi od swoich pacjentów i nie dają im dobrego przykładu.

Źle pojęta oszczędność

Ważnym usprawiedliwieniem dla niezaszczepiających się pielęgniarek, choć również dla 10 proc. lekarzy, był koszt szczepienia. W przeprowadzonym badaniu ankietowym zaledwie 20 proc. lekarzy i 15 proc. pielęgniarek otrzymało propozycję bezpłatnego zaszczepienia się w miejscu pracy. W amerykańskich zaleceniach Centrum Kontroli Zakażeń podkreśla się, że szczepienia personelu medycznego powinny być bezpłatne. Jest to logiczna konsekwencja faktu, że wskazaniem do szczepienia nie jest własny interes, ale ochrona przed zakażeniem innych osób. Odsetek zaszczepionego przeciwko grypie personelu medycznego jest wyznacznikiem bezpieczeństwa placówki służby zdrowia dla chorych.

Badania naukowe wykazały nie tylko zdrowotne, lecz również ekonomiczne korzyści szczepień. Pomimo silnych dowodów naukowych na skuteczność i opłacalność takiego działania, rozpowszechniona w Polsce źle pojęta oszczędność powoduje, że dyrekcje placówek służby zdrowia nie decydują się wydać stosunkowo małych środków na ochronę pracowników przed zakażeniem. Ale potem muszą wydawać duże sumy na skutki takiej decyzji. Może dlatego bogate kraje są bogate, bo inaczej wydają pieniądze? Dla nich profilaktyka to oszczędność, a dla nas wydatek, na który nas nie stać, choć słono przychodzi nam za to zapłacić.

Lenistwo i brak czasu

Jak widać, nieświadomość wagi problemu oraz potrzeba edukacji w zakresie szczepień jest w naszym kraju powszechna i dotyczy też menedżerów służby zdrowia. Teoretycznie w Polsce są podstawy prawne, aby żądać od pracodawcy poniesienia kosztów ochrony przed zakażeniem w miejscu pracy. Niestety, przechodzenie na kontrakty spowoduje utratę tego prawa, jeśli lekarz nie zagwarantuje sobie tego w umowie. Niska świadomość prawna lekarzy spowo-

Zaskakująca była szczerść wielu lekarzy przyznających, że nie szczepią się z powodu lenistwa, czyli wiedzy, że powinni, ale nie chce im się pójść.

Jeszcze więcej lekarzy stwierdziło, że nie mieli czasu na zaszczepienie, co wiąże się z obciążeniem czasowym lekarzy w Polsce, wynikającym z rosnących obowiązków i szczupłości kadry, ale może też być usprawiedliwianiem lenistwa.

Sięgając ponownie do zaleceń amerykańskich, warto przytoczyć stwierdzenie, że personel medyczny powinien być

szczepiony w miejscu pracy. Minimalizuje to czas konieczny do wykonania szczepienia do kilku minut, trudno więc zrozumieć tych, którzy mając taką okazję, nie skorzystają z niej. Większość lekarzy (64 proc.) i połowa pielęgniarek (49 proc.) stwierdziło, że mieli możliwość wykonania na własny koszt szczepienia w miejscu pracy.

Konieczna jest refleksja i debata polskich środowisk medycznych nad rolą profilaktyki we współczesnej medycynie. W Polsce jedynie lekarze pediatrzy, poprzez odpowiednią edukację i realizację obowiązkowych szczepień, wykazują odpowiedzialny stosunek do tego problemu. Szczepienia, podobnie jak i inne działania profilaktyczne, są stanowczo zbyt marginalnie traktowane w nauczaniu lekarzy. Konieczna jest głęboka reforma kształcenia medycznego ze zmianą pozycji profilaktyki. Stanie się to możliwe, gdy uczelnie medyczne w Polsce, zgodnie z wymogami, określą sylwetkę absolwenta. Bez zastanowienia nad tym, co powinien umieć i wiedzieć student po zakończeniu studiów trudno prowadzić edukację. A czy przy obecnym stanie wiedzy medycznej można sobie wyobrazić, aby współczesny lekarz nie posiadał odpowiedniej wiedzy i umiejętności dotyczących szczepień ochronnych?

Reasumując, nieszczepienie się lekarzy przeciwko grypie jest nieetyczne, nieekonomiczne, niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i zasadami dobrej praktyki klinicznej. Warto zatem zadać sobie pytanie, dlaczego nie szczepię się przeciwko grypie? ☉



**Autor jest dr. n. med.,
pracownikiem Katedry
i Zakładu Medycyny
Rodzinnej WUM**

***Dla bogatych krajów
profilaktyka to oszczędność,
a dla nas wydatek,
na który nas nie stać,
choć słono przychodzi nam
za to zapłacić.***

duje, że wpatrzeni głównie w pozycję „przychód”, nie zwrócą uwagi przy podpisywaniu umów, jak wiele stracą korzyści (nawet tych potencjalnych, z których nie korzystali) i jak wiele kosztownej odpowiedzialności na siebie biorą, za którą wcześniej odpowiadał pracodawca.

Serca Polaków starze

Jeśli chorych nadal będzie przybywać w takim tempie, jak przez ostatnią dekadę, w 2035 roku co drugi z nas będzie miał nadciśnienie, a co trzeci będzie otyły.

MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK

Jak wynika z zakończonego niedawno ogólnopolskiego badania rozpoznawania czynników ryzyka chorób układu krążenia NATPOL 2011, w którym uczestniczyło 2418 Polaków w wieku 18-79 lat, największymi zagrożeniami zdrowotnymi w naszym kraju są obecnie: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i otyłość. Nadciśnienie ma już co trzecia osoba, na cukrzycę cierpi co dwudziesta, a co piąta jest otyła. Jeśli nie zmienimy stylu życia, będzie jeszcze gorzej. Tymczasem, jak podkreślają lekarze zajmujący się leczeniem nadciśnienia, łatwiej przekonać pacjentów do zażywania leków niż do zmiany diety, wyśiłku fizycznego czy rzucenia palenia.

Dekada dobrych i złych zmian

Od 2002 roku, kiedy to został ogłoszony poprzedni raport –

NATPOL 2002, zaobserwowano kilka bardzo korzystnych zmian. O 7 proc. (do 27 proc.) obniżył się odsetek osób palących, przy czym jest to zasługa przede wszystkim mężczyzn (spadek o 12 proc.), bo kobietom trudniej się rozstać z nałogiem (spadek tylko o 3 proc.). O około 9 proc. zmniejszyła się liczba osób z podwyższonym cholesterolem (niestety, nadal u ponad połowy Polaków jego poziom przekracza 190 mg/dl). Co ważne, niemal dwukrotnie poprawiła się skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego, które jest jedną z najczęstszych przyczyn przedwczesnych zgonów. Zdaniem lekarzy uczestniczących w projekcie NATPOL 2011, to z pewnością efekt nowoczesnych, działających całą dobą leków, wyedukowanych pacjentów, którzy stosują się do zaleceń i lekarzy, którzy konsekwentnie dążą do osiągnięcia docelowych wartości ciśnienia u swoich podopiecznych.

Niepokojącym zjawiskiem jest widoczny wzrost liczby chorych na nadciśnienie. W porównaniu z wynikami badania NATPOL 2002, zapadalność na nadciśnienie wzrosła o 2 proc. Aktualnie choruje na nie ok. 32 proc. dorosłych Polaków – 9,5 mln osób w wieku 18-79 lat i ok. 1 mln osób powyżej 80. roku życia. 3 mln osób nie zdaje sobie sprawy, że mają nadciśnienie.

W ciągu ostatnich 10 lat wzrosła również liczba osób otyłych, zwłaszcza mężczyzn, których jest teraz o 5 proc. więcej. Stanowią prawie jedną czwartą wszystkich mężczyzn w Polsce. Wzrosła również liczba chorych na cukrzycę i zagrożonych tą chorobą, co ma bezpośredni związek z coraz powszechniejszą otyłością.

Rośnie ryzyko zawału i udaru

Koncepcja projektu NATPOL 2011, które zostało przeprowadzone między marcem i czerwcem br., została oparta na amerykańskim badaniu Framingham Heart Study i NHANES. Dzięki współpracy z realizującymi je ekspertami, na podstawie danych dotyczących częstości występowania nadciśnienia, cukrzycy, nadwagi, otyłości

KOMENTARZ

Prewencja i edukacja mogą powstrzymać epidemię otyłości

Prof. Michał Pencina z Boston University – School of Public Health, jeden z realizatorów badania Framingham Heart Study i współautor projektu NATPOL 2011



Porównanie wyników badania NATPOL z lat 2002 i 2011 stanowi doskonałą okazję oceny trendów stanu zdrowia

Polaków. Generalnie, trendy te zgadzają się z tym, co obserwujemy w USA i Europie Zachodniej: spada odsetek osób palących papierosy i lepiej kontrolowany jest poziom cholesterolu, ale rośnie problem otyłości, a co za tym idzie – liczba osób z cukrzycą. W porównaniu do populacji amerykańskiej, w Polsce trzeba nadal energicznie pracować nad ograniczeniem palenia tytoniu i zwiększeniem

aktywności fizycznej. Trzeba również dbać o edukację społeczeństwa, jeśli chodzi o odpowiednią dietetykę – należy przeciwstawiać się napływającej z Zachodu praktyce spożywania dużej ilości przetworzonych produktów, a skupić się raczej na jedzeniu większej ilości świeżych artykułów, zwłaszcza rodzimych warzyw i owoców. W USA „jedzenie organiczne” robi zawrotną karierę, mimo że jest

ono znacznie droższe. Należy również uważnie monitorować zjawisko wzrostu otyłości. W Polsce, w przeciwieństwie do USA, jest to problem raczej nowy i w świadomości społecznej bardzo niedoceniany. Na szczęście problem otyłości nie posunął się jeszcze tak daleko jak w Ameryce i wzmocnienie wysiłków prewencyjnych, zwłaszcza u młodego pokolenia, powinno dać dobre wyniki.

ją się zbyt szybko

i palenia papierosów udało się określić wiek układu sercowo-naczyniowego przeciętnego Polaka (w odniesieniu do osoby o standardowych czynnikach ryzyka. Okazuje się, że jest on starszy średnio o osiem-dziewięć lat, niż wskazuje na to wiek metrykalny.

Proces starzenia się układu sercowo-naczyniowego, określany w oparciu o czynniki ryzyka, przebiega inaczej u mężczyzn i kobiet.

Układ sercowo-naczyniowy mężczyzny zaczyna się „starzeć” już ok. 30. roku życia, ale proces ten przebiega stopniowo.

Z kolei układ sercowo-naczyniowy kobiety utrzymuje się w dobrej kondycji dłużej, za to gwałtowniej się „starzeje”. Kiedy kobieta

przekroczy czterdziestkę, jej układ sercowo-naczyniowy jest starszy od niej o ok. 10 lat, natomiast układ sercowo-naczyniowy 70-latki jest już w takim stanie, jakby miała ona już 95 lat.

– Jeśli serce 40-latka ocenimy na 50 lat, to znaczy, że ryzyko np. zawału serca czy udaru mózgu jest u niego takie samo jak u osoby o dziesięć lat od niego starszej, ale mającej prawidłowe wskaźniki zdrowotne – tłumaczy dr hab. Tomasz Zdrojewski z Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, koordynator projektu badawczego NATPOL 2011. ●

Więcej o badaniu na stronie
www.natpol.org

WARTO WIEDZIEĆ

- Choroby układu sercowo-naczyniowego należą do grupy chorób niezakaźnych, stanowiących główne zagrożenie zdrowotne na świecie.
- W 2008 r. z ich powodu zmarło 36 mln osób (63 proc. wszystkich zgonów), w tym 17 mln z powodu chorób układu krążenia.
- WHO prognozuje, że śmiertelność spowodowana chorobami niezakaźnymi wzrośnie w latach 2010-2020 o kolejne 15 proc., zwłaszcza w krajach rozwiniętych i średniozamożnych.



Zgoda pacjenta na świadczenie zdrowotne

Zgodnie z postanowieniami ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
 * przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego jest dopuszczalne po wyrażeniu zgody przez pacjenta.

MAŁGORZATA SERWACH

Uprawnienie pacjenta do wyrażenia zgody przewiduje również ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Z wymogiem uzyskania zgody łączy się obowiązek szeroko ujmowanej informacji (art. 30 ust. lek.). Lekarz powinien bowiem udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających

się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niekorzystne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia, jeżeli przemawia za tym jego dobro. W takim przypadku ma obowiązek poinformowania przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną. Na żądanie tego podmiotu ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji (art. 31 ust. 4 ust. lek.).

Osoby uprawnione do wyrażenia zgody

Zakres podmiotowy osób upoważnionych do wyrażenia zgody na świadczenie zdrowotne jest szeroki, poza samym pacjentem uprawnienie to zostało przyznane również wielu innym podmiotom. Dlatego możemy mówić o zgodzie osobistej (własnej) pacjenta, zgodzie zastępczej, zezwoleniu właściwego organu, a nawet zgodzie podwójnej. Omawiane prawo przysługuje:

- pacjentowi, który ukończył lat 16;
- przedstawicielowi ustawowemu, gdy pacjent jest małoletni, niezdolny do wyrażenia zgody lub całkowicie ubezwłasnowolniony. W tym ostatnim przypadku, jeżeli osoba całkowicie ubezwłasnowolniona jest jednak w stanie o rozważaniu wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby;

- sądowi opiekuńczemu, gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie z nim jest niemożliwe lub napotyka trudne do przezwyciężenia przeszkody. Zezwolenie sądu opiekuńczego jest wymagane także wtedy, gdy małoletni, który ukończył lat 16, osoba ubezwłasnowolniona, chora psychicznie lub upośledzona umysłowo, lecz dysponująca dostatecznym rozeznaniem sprzeciwia się czynnościom medycznym. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo do wyrażenia zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonywane (art. 32 ust. 10 ust. lek.);

- opiekunowi faktycznemu, jeżeli zachodzi potrzeba badania pacjenta, który jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody.

Warunki skutecznej zgody

1. Zgoda wyrażona przez pacjenta musi spełniać wymogi tzw. zgody oświeconej lub też inaczej zgody świadomej. Pacjent powinien sobie zdawać sprawę, że wyraża zgodę i na co ją wyraża. Dlatego z zagadnieniem zakresu udzielonej zgody łączy się nierozdzielnie problematyka rodzaju informacji, jakie powinny zostać mu przekazane. Wskazuje się, że przed złożeniem odpowiedniego

oświadczenia pacjent powinien być powiadomiony nie tylko o ryzyku, ale i skutkach zabiegu, przy czym informacja ta musi być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. W przeciwnym razie zachodzi taki stan, jak gdyby zgoda w ogóle nie została wyrażona. Nie ma w tej mierze żadnych elementów czy też ogniw pośrednich: zgoda jest udzielona w sposób świadomy i prawidłowy albo jako nieobjaśniona jest wadliwa, a wtedy wystąpią takie skutki jakby w ogóle nie została udzielona. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa każdego człowieka do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji medycznych dotyczących jego zdrowia oraz nietykalności cielesnej.

Korzystną dla pacjenta interpretację uzupełnia fakt, że w razie powstania jakichkolwiek wątpliwości, ciężar dowodu spełnienia ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na określone świadczenie, spoczywa na lekarzu. Innymi słowy, to lekarz powinien udowodnić, że udzielił pacjentowi zrozumiałej dla niego informacji o ryzyku i skutkach zabiegu oraz że stanowiła ona wystarczającą podstawę wyrażenia przez niego zgody lub jej odmowy.

2. Każda osoba, która wyraża zgodę na wykonanie określonego świadczenia bierze na siebie ryzyko z nim związane, tj. jego typowe, bezpośrednie i zwykłe skutki. Spoczywający na lekarzu obowiązek wyjaśnienia pacjentowi konsekwencji konkretnej ingerencji ma na celu takie zapoznanie go ze stanem jego zdrowia oraz następstwami proponowanego zabiegu, aby podejmował decyzję o wyrażeniu zgody na ten zabieg z pełną świadomością, na co się godzi i czego się może spodziewać. Dlatego lekarz powinien wyjaśnić choremu nie tylko cel i rodzaj zabiegu, ale też zwykłe jego następstwa. Nie ma natomiast obowiązku zapoznawać go z nietypowymi

następstwami, nieobjętymi normalnym ryzykiem, które mogą wystąpić tylko w przypadku szczególnych powikłań. Tego rodzaju informacja może nawet negatywnie wpłynąć na zdrowie i samopoczucie pacjenta. Skoro określone powikłania nie stanowią bezpośrednich, normalnych następstw objętych ryzykiem świadczenia, chory nie musi być o nich informowany.

Wyjątek od zasady, że godząc się na leczenie pacjent bierze na siebie ryzyko związane z jego wykonaniem oraz typowe skutki, stanowią zabiegi wykonywane wyłącznie dla celów estetycznych. W razie ingerencji służącej jedynie polepszeniu wyglądu zewnętrznego czy poprawie samopoczucia wymóg zgody jest zachowany, gdy pacjent zostanie uprzednio dostatecznie poinformowany także o szczególnych, czyli wszelkich mniej lub bardziej możliwych do przewidzenia, skutkach świadczenia.



Autorka jest doktorem, pracownikiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Uniwersytetu Łódzkiego

3. Akceptacja ryzyka kończy się w miejscu, w którym zaczyna się wina lekarza. Przyjmuje się, że pacjent nigdy nie wyraża zgody na szkodę, która może być wynikiem zawnionego działania lub zaniechania. Ryzyko, jakie bierze na siebie chory, udzielając stosownej zgody, nie obejmuje pomyłki lekarza. Nie można uznać,

że wyrażenie zgody na określone świadczenie jest tożsame ze zgodą na wszystkie powikłania i niekorzystne następstwa, zwłaszcza gdy pacjent nie ma świadomości możliwości wystąpienia takich powikłań. Działanie lekarza zawsze jest bezprawne, jeżeli pozostaje w sprzeczności z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko przepisy prawa, ale także obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego. Do jednej z takich zasad należy przeprowadzanie zabiegów zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z tzw. sztuką lekarską oraz z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny. ☉

O ile płatnik nie uzna inaczej

Zalewa nas powielaczowe prawo produkowane przez NFZ, które obezwładnia lekarzy, szkodzi pacjentom i rozzuchwala urzędników.

KRYSZYNA KNYPL

Wszystko wskazuje na to, że znane od zawsze sformułowanie „o ile lekarz nie zaleci inaczej” niebawem będzie zastąpione zwrotem „o ile płatnik nie umyśli sobie inaczej”. Organizator świadczeń medycznych rości sobie prawo do bycia ostatnią instancją i wyrocznią we wszystkich zagadnieniach związanych z leczeniem pacjentów, nie zapewniając takich podstawowych rzeczy, jak rejestr ubezpieczonych czy wykaz rekomendowanych sposobów terapii, mimo że ma takie obowiązki. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mówi, że Fundusz prowadzi centralny wykaz ubezpieczonych w celu potwierdzenia prawa do świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego. Tymczasem NFZ w elektronicznym systemie obsługi recept refundowanych zastrzega sobie, że informacje wyświetlane po wprowadzeniu PESEL-u nie stanowią dowodu ubezpieczenia.

Ani Orwell, ani Mrozek, ani wszyscy razem wzięci wizjonerzy absurdów nie wymyśliliby czegoś takiego.

Kontrole naszych ordynacji i następujące po nich kary finansowe w wielu wypadkach przypominają słynną ofertę z branży budowlanej: Kup pan cegłę! Rozumiem, że koszty leczenia rosną i ambitni administratorzy systemu ochrony zdrowia chcą zmniejszyć o 5 proc. budżet NFZ w pozycji wydatków na leki przez proponowanie lekarzom nabywania specyficznych cegiełek-kar. Jednak pomysł na poszukanie

tych pieniędzy w kieszeni lekarzy jest najbardziej kuriozalnym, jaki się zdarzył w historii ubezpieczeń. Decydenci prężą muskuły w świetle kamer telewizyjnych, oświadczając, jak to troszcza się o polskiego pacjenta, ale minęły czasy, w których informacje dostępne są tylko z jednego źródła, a słuchaczom obce jest myślenie.

Na łamach październikowego numeru „Health Economics, Policy and Law” ukazało się opracowanie Piotra Ozierańskiego i wsp. z Cambridge University zatytułowane „Pharmaceutical lobbying under postcommunism: universal or country-specific method of security state drug reimbursement in Poland”. Jego obszernie omówienie jest dostępne pod adresem <http://tnij.org/nti0>. Według



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem

autorów publikacji rola Ministerstwa Zdrowia i NFZ w kształtowaniu rynku leków przez ostatnie lata ewoluowała, ale ostatecznie nie została jasno określona. System prawny zaś, regulujący decyzje refundacyjne w naszym kraju, można określić jako trudną do rozpoznania *terra incognita*. Takie uwarunkowania

prawne, zdaniem autorów artykułu, to zachęta dla firm farmaceutycznych do prowadzenia nieformalnych rozmów i wywierania wpływu na decyzje urzędników z wykorzystaniem liderów opinii, stowarzyszeń pacjentów, mediów oraz placówek dyplomatycznych w Polsce. Zdają się oni mówić decydentom i twórcom sytuacji prawnej w zakresie refundacji leków: Widzimy was, jesteście w ukrytej kamerze.

Napisanie recepty spełniającej wszystkie urzędnicze wymogi to wyzwanie, któremu nie jest w stanie sprostać aż 75 proc. lekarzy, jak ustalili kontrolerzy śląskiego NFZ. Skoro tak jest, to najwyższa pora wprowadzić nową specjalność medyczną o nazwie refundacjologia, której opanowanie obowiązywałoby wszystkich lekarzy zaraz po zdaniu

Kontrole ordynacji i następujące po nich kary finansowe przypominają słynną ofertę z branży budowlanej: Kup pan cegłę!

LEP-u. Trzeba pomyśleć też o diagnostyce NFZ, zdaniem którego nie można rozpoznać zakrzepowego zapalenia żył bez zrobienia USG. Skoro nie można rozpoznać, to oczywiście nie można zlecić nowoczesnych leków przeciwzakrzepowych – mówią kontrolerzy i wlepiają kary za wypisanie recepty na te leki.

Grupa lekarzy świadoma zagrożeń, jakie dla nas powstają w związku z nadciągającą ustawą, stworzyła na Facebooku stronę społecznościową „Chcemy leczyć, a nie refundować”, gdzie można znaleźć wiele cennych informacji. Są one dostępne pod adresem <http://tnij.org/nti2>.

Uzależnianie stawiania rozpoznania – czynności wymagającej analizowania, różnicowania, syntezy – od wykonania lub niewykonania nawet najznakomitszego badania jest wulgarną próbą zurzędniczenia medycyny, która kiedyś była nazywana sztuką. Dziś „artyści” siedzą w NFZ, a ci, którzy kiedyś sztukę medyczną uprawiali, trwożliwie czekają na kontrolera, który powie im, na co chorował pacjent, którego nie widział na oczy. ☉

Moje spojrzenie na...

Ogólnopolska Wystawa
Fotograficzna w Łodzi zgromadziła
ponad 260 prac.
* Jak co roku,
oceniała je publiczność.



OBOK.: PRACE OCENIAŁA PUBLICZNOŚĆ. POWYŻEJ: „ŁÓDZKIE MURALE” SFOTOGRAFOWANE PRZEZ WŁODZIMIERZA PETRENKO, KTÓRY ZOSTAŁ LAUREATEM PO RAZ DRUGI Z RZĘDU.

RYSZARD GOLAŃSKI

Od pierwszej wystawy minęło już dziesięć lat. Wówczas miała ona charakter lokalny, a swoje fotogramy prezentowali lekarze z Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Kolejne wystawy nabrały zasięgu ogólnopolskiego. Zgodnie z tradycją wernisaż odbywa się w ostatnią niedzielę października i każda kolejna ekspozycja ma swój podtytuł, którego zadaniem jest ułatwienie wystawiającym doboru tematyki zdjęć.

W tym roku hasło brzmiało: „Moje spojrzenie na...”, pozostawiono zatem fotografującym lekarzom zupełnie wolną rękę, jeśli idzie o kadrowane widoki, przedmioty lub... podmioty. W pięknych salach łódzkiego Klubu Lekarza można było obejrzeć ponad 260 prac. Ich autorami było 26 lekarzy z całej Polski: od Koszalina po Wrocław. Najliczniejsze były oczywiście prace lekarzy z Łodzi.

Łódzka wystawa nie ma charakteru konkursu, nie ma też profesjonalnego jury. Jak co roku prace oceniała publiczność, głosując w dwóch kategoriach: lekarze-fotograficy z Łodzi oraz z innych miast. Tematyka zdjęć była bardzo urozmaicona. Mogliśmy obejrzeć piękne pejzaże, zabytki architektury oraz portrety ludzi i zwierząt z różnych stron świata: Celebes, Francji, Ghany, Kenii, Macedonii, Maroko, Malty, Rosji i oczywiście naszej pięknej ojczyzny.

Nagrodę publiczności i dyplom otrzymał Wojciech Dyk, kardiochirurg z Warszawy, za cykl pięknych zdjęć, których głównym motywem były wodne odbicia ptaków, roślin i budynków. Wśród zdjęć „łódzkich” najbardziej spodobały się widzom „Łódzkie murale” sfotografowane przez Włodzimierza Petrenko, który został laureatem po raz drugi z rzędu. Oglądający te

zdjęcia łódzianie pytali autora i siebie nawzajem, gdzie znajdują się te piękne naścienne malowidła. Warto wspomnieć o urokliwych pejzażach Jerzego Ratajskiego. Szczególnie podobała się panorama Zalewu Czorszyńskiego, widziana z ruin zamku. Domyślam się, że panowie Krzysztof Zapałowicz z Łodzi i Jarosław Woźniak z Libiąża nie umawiali się co do tematyki zdjęć i niezależnie postanowili przedstawić swoje spojrzenie na... fotografujących. Egzotyczne widoki uwieczniły Irena Kloska z Wrocławia i Krystyna Skupień z Rybnika. Ta druga przybliżyła publiczności odległą wyspę Celebes. Oprócz zdjęć bardzo barwnych można było obejrzeć świetne czarno-białe zdjęcia górskich autostrad i robione w sepii widoki Łodzi autorstwa Joanny i Piotra Kościelskich.

Łódzka wystawa daje powody do satysfakcji jej organizatorom i komisarzowi Monice Chwiałkowskiej-Sędzickiej, była bowiem bardzo dobrze zorganizowana. Poziom prac wysoki, a frekwencja autorów oraz widzów (ponad 150 podczas wernisażu) mówią same za siebie. ●

Zmierzch przychodni teatralnych

Kiedyś były to ważne instytucje. W Teatrach

i Łodzi funkcjonowały całe

szpitaliki z kilkunastoma specjalistami i pielęgniarkami. Zachęcały one załogi do dbałości o zdrowie, a przy okazji do hipochondrii, zwolnień lekarskich oraz uciekania w chorobę, zamiast zmagania się z trudną pracą na scenie i dla sceny. Co by jednak nie powiedzieć, było to wielkie dobrodziejstwo dla ludzi kultury za czasów okresu słusznego miniego.

Kolejka pacjentów stanowiła zwykle istną wylegarnię intrygi i plotek. Siedziały w niej bileterki, krawcowe, tancerki, maszyniści, chórzysci i muzycy, poprzedzielani Carmenami, Jontkami, Rigolettami, Violetkami i Onieginami. Gwiazdy te cierpliwie czekając na obdukcję, dowiadywały się od pracowników widowni, co o kim sądzą widzowie, kogo w przerwach chwala recenzenci, a nawet za kim ugania się ta lub owa dyrekcja. Ciężkich przypadków chorobowych prawie nie było. Naprawdę poważnie chorzy przebywali w prawdziwych szpitalach. Dodatkową trudność w ordynowaniu tych pacjentów, a zwłaszcza pacjentek, stanowiły kłopoty z ustaleniem ich wieku. Artystki sprzed wojny, wykorzystując okupacyjną zawieruchę, tłumaczyły się zniszczeniem świadectw urodzenia w zbombardowanych kościołach. Można było, stawiając dwóch świadków, podać datę urodzin o 10, a nawet 20 lat późniejszą. Łatwowierny medyk teatralny przepisywał lekarstwa mocniejsze (jak dla młodzieży), zamiast łagodniejsze (jak dla starszych). Pewna leciwa



poznańska primabalerina kiedyś się opamiętała i postanowiła w kadrach wyjawić prawdę o swych, znacznie wcześniejszych, urodzinach. Niestety funkcjonująca tam, obowiązkowa, współpracująca z UB kadrowa (tak wtedy było!) nie dała temu wiary. Ba, zagroziła nawet karą za urzędowe podawanie nieprawdy. Nieszczęsna, strudzona gwiazda baletu musiała tańczyć Aurorę w „Śpiącej królownie” aż do późnej starości.

W Łodzi znany był przy-padek sopranu, który nieustannie przesiadywał u pewnego przystojnego teatralnego stomatologa, aż zawistne koleżanki zaczęły rozpytywać w bufecie, jak można ciągle leczyć zęby, mając od dawna sztuczną szczękę. Hałaśliwa warszawska primadonna, jeszcze z czasów, gdy opera funkcjonowała przy ul. Nowogrodzkiej, słynęła z tego, że często odwoływała przedstawienia z powodów zdrowotnych, a nawet histeryzując, żądała przerwania spektaklu po I akcie, twierdząc, że dalej już nie może. Dyżurujący wtedy lekarz wykazywał mistrzostwo, również w dziedzinie psychologii. Wstrzykiwał mianowicie domięśniowo (a miała ten mięsień szczególnie rozbudowany) kilka

kropli soli fizjologicznej. Niedoszła denatka, krzyżąc „dzięki doktorze, pan mi uratował życie”, słysząc wstęp do arii „Gdybym ranym słonkiem”, ochoczo biegła na scenę.

W Operze Wrocławskiej kierownikiem widowni był niegdyś pan Nazar.

Dostojny, łysy i rygorystyczny, co wieczór skrupulatnie kontrolował przepływ widzów. Lubiliśmy go, bo studentów przyjeżdżających z poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Opery wpuszczał zwykle za darmo. Kiedy po raz pierwszy dyrektorowałem w tym teatrze, okazało się, że pan Nazar z racji wieku powinien od dawna przejść na emeryturę. Obawiając się takiej właśnie decyzji, przyszedł do mnie na rozmowę. Najpierw nieśmiało przypomniawszy swe gesty z wpuszczaniem na gapę, a potem szczerze wykrztusił: „Panie dyrektorze, ja bez pracy w teatrze po prostu nie będę mógł żyć!”. Po czym dla wzmocnienia swych zaślóg, przytoczył następującą historię: Kiedyś podczas niedzielnego poranka grano „Madame Butterfly” dla przodujących robotników, odcinając ich od chodzenia do kościoła. Korzystając z darmowego biletu otrzymanego w Radzie Zakładowej, znalazł się na widowni pewien młody robotnik z Elwro. W ten sposób postarał ukryć się przed światem wraz ze swą kochanką z tego samego zakładu pracy, która zresztą również weszła bezpłatnie. Jakimś sposobem dowiedziała się o tym jego małżonka i natychmiast przybiegła do opery, aby wymierzyć sprawiedliwość nie-

wiernemu i towarzyszącej mu ładacznicy.

Ponieważ spektakl właśnie się rozpoczął, pan Nazar jak Rejtan bronił wstępu na widownię niechęcej ze swą zemstą czekać aż do przerwy rozwścieczonej połowicy. W czasie szamotania usiłował zakryć usta krzyczącej kobiecie, aby złorzeczenia i przekleństwa nie mieszały się z dolatującymi ze sceny frazami Pucciniego. I stało się. Agresorka poczuwszy na wargach palce teatralnego funkcjonariusza otworzyła usta, wpuściła do wnętrza ten wskazujący i z całej siły zacisnęła szczękę. Bohaterski kierownik widowni zawył, a po chwili zdradzoną niedoszłą melomanką wypłula odgryziony palec i zbiegła. Wrocławska medycyna uratowała pana Nazara dzięki dyżurującemu na sali lekarzowi. W niedalekiej Trzebnicy nie było jeszcze wtedy chirurgii ręki, i nasz ofiarny funkcjonariusz dożyłotnio pełnił swe obowiązki operowe bez palca wskazującego. Niestety po transformacji w całym kraju zaczęto stopniowo likwidować teatralną służbę zdrowia i lekarskie dyżury na spektaklach. Pozbawiono opieki medycznej nie tylko pracowników, ale również widzów zbyt intensywnie przeżywających sceniczne perypetie. Umniejszono w ten sposób także ilość teatralnych anegdot związanych z ludźmi medycyny, do których artyści zawsze mieli i mają szczególnie sentymenty. ☉

Sławomir Pietras

Autor jest dyrektorem polskich teatrów operowych



For.: Archiwum WIL

Muzykowanie to ich pasja

* Każdy, kto grał w orkiestrze zna to uczucie radosnego podniecenia i lęku, gdy dyrygent podnosi ręce i muzyka rozbrzmiewa. *

KATARZYNA BARTZ-DYLEWICZ

Tak właśnie czuliśmy się w Farze Poznańskiej 16 października, gdy rozpoczął się I Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy.

Trzy dni wcześniej muzykujący lekarze z różnych miast Polski pojawili się w Poznaniu i w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej rozpoczęły się próby. Zadanie nie było łatwe, gdyż „Mozartiana” Piotra Czajkowskiego, suita orkiestrowa nawiązująca stylem do dzieł W.A. Mozarta, jest utworem, w którym każda z czterech części ma inny klimat i wymaga od wykonawców precyzji i uwagi. Są tutaj stylizowane tańce barokowe („Gigue”,

„Menuet”). Wzruszająca część III – Preghiera – nawiązuje do Mozartowskiego „Ave Verum”. Szczególnie IV część utworu – Wariacje – z efektownymi partiami solowymi fletu, klarnetu, skrzypiec i instrumentów perkusyjnych wymagała od instrumentalistów nie lada umiejętności.

Wykonanie „Mozartiany” bardzo się podobało, a w ocenie zawodowych muzyków obecnych wśród publiczności było profesjonalne. Na sukces złożyły się zarówno zaangażowanie i umiejętności wykonawców, jak i cierpliwość, wrażliwość i w pewnym sensie żelazna ręka prowadzącej orkiestrę dyrygentki

Dobrochny Martenki. Grający lekarze to w większości absolwenci średnich szkół muzycznych, choć są wśród nas także absolwenci i studenci akademii muzycznych. Przede wszystkim jednak są to ludzie, dla których muzyka jest pasją, która łączy bez względu na wiek i różnorodność posiadanych specjalizacji.

Koncert rozpoczął się „od Bacha” – Toccate i fugę d-moll wykonał Robert Napieralski, prezentując niezwykle piękne brzmienie organów Ladegasta. Następnie wystąpił Chór Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie pod dyрекcją Beaty Herman, który z powodzeniem wykonał utwory M. Gomółki, M. Zielińskiego i J. Ruttera. Po nim pojawił się gorąco przyjęty Chór Kameralny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, prowadzony przez Justynę Chełmińską. Usłyszeliśmy utwory M. Góreckiego, J. Arcadelta, Wacława z Szamotuł. W nastrojowym utworze I. Mietwiejenki pt. „Koń” ujawniła się wrażliwość i muzykalność wykonawców.

Na zakończenie koncertu w pięknym barokowym kościele farnym zabrzmiało „Ave Verum” Mozarta, wykonane wspólnie przez obydwa chóry i orkiestrę. Zarejestrowany koncert można obejrzeć na stronie www.wil.org.pl w zakładce „po pracy”.

Zainteresowanych muzykowaniem zapraszamy na stronę internetową: www.polskaorkiestralekarzy.pl ☉

APEL O ZGŁASZANIE DZIAŁAJĄCYCH SZPITALNYCH KOMISJI ETYCZNYCH

DROGIE KOLEŻANKI I KOLEDZY,

W OSTATNICH MIESIĄCACH W RÓŻNYCH REJONACH KRAJU TWORZONE SĄ SZPITALNE KOMISJE ETYCZNE. SĄ TO INSTYTUCJE DZIAŁAJĄCE PRZY SZPITALACH I INNYCH ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ (NP. HOSPICJACH), KTÓRE UDZIELAJĄ PRACOWNIKOM TYCH INSTYTUCJI, JAK RÓWNIEŻ KORZYSTAJĄCYM Z ICH ŚWIADCZEŃ PACJENTOM LUB CZŁONKOM ICH RODZIN, INTELEKTUALNEJ POMOCY W PODEJMOWANIU TRUDNYCH DECYZJI ETYCZNYCH, ZWŁASZCZA W OBLICZU ŚMIERTELNEJ LUB CIĘŻKIEJ CHOROBY. NRL POPIERA INICJATYWĘ POWOŁYWANIA SZPITALNYCH KOMISJI ETYCZNYCH.

KOLEDZY LEKARZE, CZŁONKOWIE TYCH KOMISJI CHCIELIBY MIEĆ MOŻLIWOŚĆ NAWIĄZYWANIA KONTAKTÓW I WYMIANY DOŚWIADCZEŃ. W TYM CELU ZWRACAM SIĘ Z APEŁEM O ZGŁASZANIE ADRESÓW, NAZW I SKŁADÓW SZPITALNYCH KOMISJI ETYCZNYCH, KTÓRE JUŻ ZOSTAŁY POWOŁANE DO OŚRODKA BIOETYKI PRZY NRL. INFORMACJE PROSZĘ PRZESYLAĆ POCZTĄ (NA ADRES: OŚRODEK BIOETYKI NRL, 00-764 WARSZAWA, UL. J. SOBIESKIEGO 110), FAKSEM NA NUMER (22) 559 13 23 LUB MAILEM NA ADRES M.PRZYBYCIEN@HIPOKRATES.ORG.

W NIEKTÓRYCH SZPITALACH ZESPOŁY LEKARSKIE DOSTRZEGAJĄ POTRZEBĘ POWOŁANIA KOMISJI, ALE WCZEŚNIEJ CHCIAŁYBY POSZERZYĆ SVOJĄ WIEDZĘ NA TEN TEMAT. TE OSOBY

ZACHĘCAM DO ODWIEDZENIA STRON INTERNETOWYCH: [HTTP://PML.STREFA.PL/ePUBLI/165/07.PDF](http://PML.STREFA.PL/ePUBLI/165/07.PDF) I [HTTP://ANESTEZJOLOGIA.NET/EN/ARTICLES/ITEM/18286/ZASADNOSC_POWOLOWANIA_SZPITALNYCH_KOMISJI_ETYCZNYCH_W_POLSCE](http://ANESTEZJOLOGIA.NET/EN/ARTICLES/ITEM/18286/ZASADNOSC_POWOLOWANIA_SZPITALNYCH_KOMISJI_ETYCZNYCH_W_POLSCE). W PRZEGLĄDARKACH INTERNETOWYCH PO WPISANIU HASŁA „SZPITALNE KOMISJE ETYCZNE” ZNAJDZIECIE TAKŻE INTERESUJĄCE MATERIAŁY.

ZGŁOSZONE DO OŚRODKA BIOETYKI NRL SZPITALNE KOMISJE ETYCZNE ZOSTANĄ UMIESZCZONE NA STRONIE INTERNETOWEJ OŚRODKA. DZIŚ NIKT NIE WIE, ILE ICH JUŻ W POLSCE DZIAŁA, A PRZECIEŻ POWSTAJĄ NIE TYLKO PRZY KLINIKACH INSTYTUTÓW NAUKOWO-BADAWCZYCH, ALE RÓWNIEŻ PRZY MNIEJSZYCH SZPITALACH POZA OŚRODKAMI AKADEMICKIMI.

MAREK CZARKOWSKI
PRZEWODNICZĄCY OŚRODKA BIOETYKI NRL

ADWENTOWE ZAMYŚLENIE

11 GRUDNIA BR. W WARSZAWIE, W KAPLICY BUDYNKU PRZY UL. FLORIAŃSKIEJ 3, O GODZ. 17.00 ADWENTOWE ZAMYŚLENIE DLA PERSONELU MEDYCZNEGO POPROWADZI KS. HENRYK ZIELIŃSKI, DZIENNIKARZ I REDAKTOR NACZELNY „IDZIEMY”.

PROGRAM: EUCHARYSTIA, A PO NIEJ KONFERENCJA. SERDECZNIE ZAPRASZAM! KS. AREK, DUSZPASTERSTWO SŁUŻBY ZDROWIA DIECEZJI WARSZAWSKO-PRASKIEJ.

R E K L A M A

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1987

Spotkanie koleżeńskie z okazji 25 rocznicy ukończenia Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu w dniach 28-30.09.2012 r., pensjonat BEATA w Polanicy-Zdroju, ul. Rybna 9. Opłata za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami 400 zł, sobota-niedziela z noclegiem 300 zł, piątek-niedziela bez noclegów 250 zł, piątek-sobota z noclegiem 200 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: **17 1540 1030 2001 7753 6075 0001**, do 31.01.2012 r., z dopiskiem „Zjazd 1987” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (poziom 1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel.: (71) 79 88 068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. W związku z zamiarem wydania pamiątkowego albumu, prosimy o nadsyłanie zdjęć, tych starych z okresu studenckiego, jak i nowych legitymacyjnych – najlepiej w formie elektronicznej. Za Komitet Organizacyjny Katarzyna Bojarowska, Dorota Lorenz-Worobiec.

Absolwenci AM we Wrocławiu rocznik 1967

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 45 rocznicy ukończenia studiów, w dniach 1-2.06.2012 r. we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/od osoby towarzyszącej: całkowity koszt (bankiet + rejs + część oficjalna) 350 zł, rejs statkiem + część oficjalna 250 zł (RO), bankiet + część oficjalna (bez rejsu) 250 zł (BO); osoba towarzysząca na bankiecie 150 zł (B), tylko rejs statkiem (bez bankietu i części oficjalnej) 150 zł (R), tylko część oficjalna (bez bankietu i rejsu) 100 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: **17 1540 1030 2001 7753 6075 0001**, do 1.01.2012 r., z dopiskiem „Zjazd 1967” oraz zaznaczeniem opcji podanych w nawiasie przy cenach (RO, BO, B lub R). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Wpłaty gotówkowe można dokonywać bezpośrednio w DIL-u (poziom 1). Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel.: (71) 79 88 068, faks (71) 79 88 081, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Za Komitet Organizacyjny Irma Grenik-Siekłucka, Dorota Ryszkowska, January Sieklucki, Krystyna Stępniewska, Ziemisław Stępniewski, Danuta Żytkiewicz-Jaruga.

XVII MP LEKARZY W HALOWEJ PIŁCE NOŻNEJ

ODBEDĄ SIĘ W MIELCU W DNIACH 9-10.12.12. INFORMACJE NA TEMAT MISTRZOSTW, FORMULARZ ZGŁOSZENIA, REGULAMIN NA STRONIE POGOTOWIA RATUNKOWEGO MIELEC: WWW.POGOTOWIE-MIELEC.PL INFORMACJI TELEFONICZNIE UDZIELAJĄ: INŻ. LESZEK KOŁACZ, DYREKTOR, 504 196 732 ORAZ LEK. MED. ZBIGNIEW BOBER, DYREKTOR POGOTOWIA, 508 202 626.

MP LEKARZY W NARCIARSTWIE ALPEJSKIM

ODBEDĄ SIĘ W DNIACH 10-11.02.2012 r. w USTRONIU. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE: DR MARIUSZ SMOLIK, TEL. 504 045 609, DR ADAM DYRDA, TEL. 601 447 521 ORAZ NA STRONIE INTERNETOWEJ ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.

VII LEKARSKIE IGRZYSKA ZIMOWE

ZAKOPANE, 8-11 MARCA 2012
WWW.IGRZYSKALEKARSKIE.ORG

OŚRODEK DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ ZAPRASZA NA WARSZTATY:

„JAK PRACOWAĆ Z TRUDNYM PACJENTEM – WSTĘP DO UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH”

8.12.2011

PROWADZĄCY: DR SONIA GELLER

„RADZENIE SOBIE ZE STRESEM I PRZECIWDZIAŁANIE WYPALENIU ZAWODOWEMU”

15.12.2011

PROWADZĄCY: DR SONIA GELLER

„WARSZTATY SKUTECZNYCH NEGOCJACJI”

6.12.2011

PROWADZĄCY: MGR MARZENA KOSTKA, MGR IWONA LEŚNIEWSKA-BĄKOWSKA

„ANALIZA TRANSAKCYJNA JAKO METODA REAGOWANIA NA ZACHOWANIA AGRESYWNE”

13.12.2011

PROWADZĄCY: MGR BEATA KRUDKOPAD-SZATORSKA

„PSYCHOMANIPULACJE”

14.12.2011

PROWADZĄCY: MGR BEATA KRUDKOPAD-SZATORSKA

WARSZTATY ODBYWAJĄ SIĘ W SIEDZIBIE NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE, UL. SOBIESKIEGO 110. UDZIAŁ JEST BEZPŁATNY DLA CZŁONKÓW IZB LEKARSKICH OPLACAJĄCYCH REGULARNIE SKŁADKI CZŁONKOWSKIE. UCZESTNICY WARSZTATÓW OTRZYMUJĄ PUNKTY EDUKACYJNE. ZAPISY PRZEZ STRONĘ INTERNETOWĄ: WWW.ODZ.NIL.ORG.PL LUB KONTAKT Z ODZ: TEL. (22) 559 02 69, (22) 559 02 86, E-MAIL: ODZ@HIPOKRATES.ORG

POLSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE ODDZIAŁ W TARNOWIE
OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W TARNOWIE
OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W TARNOWIE
ORAZ FUNDACJA KROMKA CHLEBA

ZAPRASZAJĄ NA

Teatr im. L. Solskiego w Tarnowie
11 grudnia, godz. 18.00

Bilety – cegielki do nabycia
w Kasie Teatru im. Solskiego
oraz w Fundacji Kromka Chleba,
Plac Kazimierza Wielkiego 5

Scenariusz i reżyseria: Stanisław Świder
Prowadzenie: Joanna Sydor
Recytacje: Matylda Baczyńska, Mariusz Szaforz

KONCERT NADZIEI

z udziałem lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i analityków na rzecz budowy

HOSPIJUM W TARNOWIE
via spei

www.hospicjum-tarnow.pl

DOCHÓD Z KONCERTU ZOSTANIE W CAŁOŚCI PRZEZNACZONY NA WSPARCIE BUDOWY HOSPIJUM VIA SPEI

Organizatorzy:



Koniec i początek kadencji parlamentarnej prowokuje do podsumowania działań rządu i wysuwania postulatów na przyszłość. Dotyczy to również ochrony zdrowia, która w opinii jednych stoi nad przepaścią, a w relacjach innych zmierza dziarsko do ideału.

Na dobre czy na złe?

» Gdyby brać pod uwagę jedynie komentarze prasowe, okazałoby się, że minister Ewa Kopacz wypełniła swoje zadanie z wynikiem co najmniej dobrym, przeprowadzając system opieki zdrowotnej przez cały szereg zmian, które go unowocześniły. Nawet najbardziej zagorzali krytycy piszą o plusach czteroletniej działalności przy Miodowej, w wyniku której wprowadzono pakiet ustaw, w tym fundamentalne zapisy o działalności leczniczej.

» Nie zajmując się sprawą smoleńską i szczepieniami przeciw grypie, w publicznych wypowiedziach dominuje pogląd sprzeczny ze zwykłym odbiorem reform w szpitalach i przychodniach. Zarówno menedżerowie, lekarze, samorządowcy, jak i dziennikarze znajdują pole do pochwał. A to za przepisy sankcjonujące przekształcenia szpitali w spółki prawa handlowego, a to za oddalenie budowlano-sanitarnych programów dostosowawczych do 2016 r., ale również za podniesione stawki uposażeń rezydentów, zmienny termin LEP i LDEP, wprowadzenie Jednorodnych Grup Pacjentów i co warto podkreślić, wzrost finansowania zdrowia z 41 do 60 mld zł rocznie.

» Krytyka kadencji skupia się przede wszystkim na uwadze



o braku ubezpieczeń dodatkowych (prywatnych), nierównym obciążeniu podatkiem CIT, zbyt powolnym wydawaniu aktów wykonawczych do ustaw, które same w sobie wymagają wielu poprawek, gdyż diabeł tkwi w szczegółach i nie każdy potrafi do końca ocenić wpływ zmienionego prawa na rzeczywistość.

» W bilansach stosunkowo mało miejsca poświęca się kasom fiskalnym, które prawdopodobnie nie miały znaczenia dla finansowania budżetu, i lekarzom uznając, że nasz status materialny uległ poprawie, co w opinii komentatorów pochłania znacząco za dużo środków. Niewiele można przeczytać także o pacjentach, którzy zyskali za zapisane ustawy prawa, a nawet

rzecznika, ale mało kto zauważa sztucznie wydłużające się kolejki (także do przychodni podstawowej opieki) poprzez system nadmiernej wymagalności kontrolnej zaświadczeń, informacji i obiegu dokumentacji medycznej, w wielu wypadkach zbędnej. Nikt nie zauważył jeszcze deprecjonowania umiejętności terapeutycznych lekarzy pierwszego kontaktu, zrzucań pełnej odpowiedzialności za postępowanie przewlekłe na specjalistów, ale już niedoszacowanie lub przeszacowanie procedur podnoszone jest w kontekstach koniunkturalnych, łatwych do odgadnięcia po przeczytaniu funkcji sprawowanej przez komentatora.

» Każdy ma prawo do własnej oceny działań rządu, chociaż

faktem jest, że po raz pierwszy od wielu lat nie polityka zdrowotna zdecydowała o wyborczym rozdaniu Polaków. Zagrożeń jest jednak bardzo dużo, wiele jeszcze niejasności, jednoczasowych zmian i chaosu, sprzecznych komunikatów i wzajemnego straszenia się w trójkącie: politycy – pacjenci – lekarze.

» Przed nami nowa karta, nowa kadencja, Nowy Rok. Kluczem do poprawy atmosfery, wspólnego przełamania impasów, dalszego reformowania bez wypaczeń i zakłamań, powinna być rozmowa między partnerami decydującymi o wydolności finansowej, merytorycznej i organizacyjnej systemu. Tego elementu w dotychczasowym bilansie zabrakło najbardziej. ◎



Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład 159 200 egz.

Redaktor naczelny:

Ryszard Golański

Tel.: 600 909 382

e-mail: naczelny@gazetalekarska.pl

Kolegium redakcyjne:

Jarosław Wanecki (przewodniczący)

Ryszard Golański

Mariusz Janikowski

Jolanta Małmyga

Wojciech Marquardt

Katarzyna Strzałkowska

Zastępca redaktora naczelnego:

Mariola Markłowska-Dzierżak

Tel.: (22) 559 02 63, 606 294 251

e-mail: m.markłowska@gazetalekarska.pl

Dziennikarz:

Lucyna Krysiak

e-mail: l.krysiak@gazetalekarska.pl

Tel.: 661 092 853

Redakcja:

Urszula Bakowska

Tel.: (22) 559 02 67

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

redakcja@gazetalekarska.pl

Faks: (22) 559 02 61

Redaktor naczelny Biuletynu NRL:

Mariusz Janikowski

Tel.: 600 909 381

Redaktor witryny internetowej

„Gazety Lekarskiej”:

Marta Jakubiak

Stale współpracują:

Jerzy Badowski (Olsztyn)

Stanisław Ciechowicz (Łódź)

Krystyna Knypl (Warszawa)

Anna Lella (Olsztyn)

Justyna Zajdel (Łódź)

Adres redakcji:

00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4

www.gazetalekarska.pl

e-mail: lekarska@hipokrates.org

Projekt graficzny, skład,

druk, kolportaż, reklama:

ringier

axel springer

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 52

Koordinacja wydawnicza: **Alicja Micuła**

Tel.: (22) 232 00 17

e-mail: alicja.micula@axelspringer.pl

Projekt graficzny: **Bogusław Kalwala**

Reklama i ogłoszenia:

Kierownik sprzedaży: **Aldona Ciosek**

Tel.: (22) 232 19 74, 795 146 312

faks +48 (22) 232 55 54

e-mail: aldonaciosek@axelspringer.pl

Mateusz Gajda

Tel.: (22) 232 05 68, 600 064 140

e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl

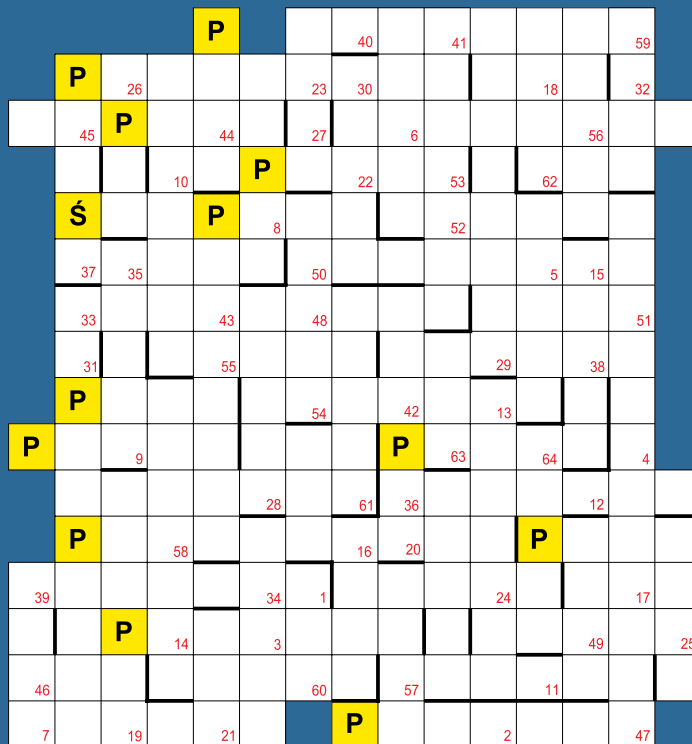
Małgorzata Gałazka

Tel.: (22) 232 18 01, 668 276 630

e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl

Jolka lekarska 173

BJER



Objaśnienia 72 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: P i Ś. Na ponumerowanych polach ukryto 64 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na kartce pocztowej na adres redakcji do 10 stycznia 2012 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

• zmierzchowa, czyli kurza • główna placówka dyplomatyczna • pn. ramię delty Renu • postawa • karetka na sygnale • izraelski kaem • mieszkanka Moskwy i Petersburga • druga żona Mieszka I • restytuowany z konika polskiego • wiara w Boga • najpotężniejszy z gigantów • staropolski pan • białko mleka • turecki długi nóż • chorwacka stolica Istrii • zespół zakładów • erysipelas • kanadyjska odmiana jabłoni • wierzy w dharmę i Ganesia • gwóźdź w bucie • smaczny karpiowaty • nosił ekwipunek hoplity • płynie w Permie • sprzęta w hotelu • zaciśnięta dłoń • poprzedniczka zapalniczki • James, idol lat 50. • pokarm • niepamięć • pojedynczy zbiór danych • kraj Gurkhów i Szerpów • Baskonia i Wolność • anatomiczny model narządu • dydelf ziemnowodny • żona Mahometa • główna część teatru • nogi zająca • imię najszybszego sprintera świata • jego ojczyzna • cicho w partyturze • psychoza Kraepelina • dyktuje tempo wioślarzom • ojciec Odysa • stulecie • hydrolaza tłuszczów • zestawiony żel krzemionkowy • kraj z Kigali • przedstawienie • czubajki • przed betą • japoński skrytobójca • wieje ku równikowi • Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna • zdjęcie aktora • stan z Wichita • wybitny muzyk • zaraża komputer • zbiór zdjęć • imię pierwszego na powierzchni Księżyca • angielski pan • beznoga jaszczurka • Koleżanka Kalego • uchodzi w Lyonie • udział w przedsięwzięciu • wiertło neurochirurga • kształcenie, nauka • Tomasz, filomata i filareta • stopień wojskowy • międzynarodowa nazwa cedilanidu • nad Sanem, poniżej Leska • wąż z „Księgi džungli” • lekarz chorób dziecięcych

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 171 („GL” nr 10/2011)

Lekarz leczy, natura uzdrowia. Hipokrates

Nagrody otrzymują: Anna Bałkowska-Kopacz (Skarżysko-Kamienna), Władysław Barski (Świebodzin), Bogusława Bodaszewska (Olsztyn), Gabriela Handzlik-Orlik (Katowice), Aneta Kołodziej-Kięk (Rzeszów).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw: Elsevier Urban & Partner, medipage, Medyk i Termedia. Nagrody prześlemy pocztą.



