

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH

12 • 2012

ISSN 0867-2146
EGZEMPLARZ BEZPŁATNY



Wesołych Świąt!

Stomatologia

Stroma droga
do specjalizacji

s. 22

Praktyka lekarska

Jak onkolog
z kardiologiem

s. 36

Ochrona zdrowia w UE

Belgia – kraj skomplikowany,
dobrze poukładany

s. 44

W numerze

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Uczelnie jeszcze niegotowe
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:** Ważne pytania
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Odgrzewane kotlety
- 11 **Temat miesiąca:** Jest taki dzień...
- 14 **Nasi w Europie / Konstanty Radziwiłł:** (jak zwykle) O zdrowiu publicznym
- 15 **Samorząd:** Ich siłą jest różnorodność
- 20 **Wspomnienie:** Odchodzą w smugę cienia. Zmarł prof. Stefan Włoch
- 21 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Świąteczne porządki
- 22 **Stomatologia:** Stroma droga do specjalizacji
- 24 **Prawo i medycyna:** Odpowiedzialność i dylematy
- 28 **Praktyka lekarska:** Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, część 3
- 31 **Nauka**
- 32 **Biuletyn NRL**
- 36 **Praktyka lekarska:** Jak kardiolog z onkologiem...
- 38 **Praktyka lekarska:** LEP i LDEP przechodzi do historii
- 40 **Praktyka lekarska:** Nawet pół grosza od lekarza
- 42 **Medycyna i historia:** Kapelusz, portfel i szachy
- 44 **Ochrona zdrowia w UE:** Belgia – kraj skomplikowany, dobrze poukładany
- 46 **Indeks korzyści:** Dzień po...
- 48 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Za pięć dwunasta jeszcze Amor...
Listy do redakcji: List otwarty w sprawie anonimizacji pacjentów
- 49 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Biodro ułana
- 50 **Błąd malarski:** Zmiana warty
- 52 **Obrazy medycyny:** Misterne rozbieranie
- 53 **Kultura:** Gdy twój lekarz jest literatem / POLkoncertowe refleksje / XI Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna w Łodzi
- 55 **Sport:** II Ogólnopolski Obóz Taneczny Lekarzy / Lekarski półmaraton w Gnieźnie / Tenis 2012 Pabianice / Na dwóch kółkach
- 57 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (27) / J. Wanecki:** Za rok, o tej porze
- 66 **Jolka lekarska**

Do 31 stycznia
Należy przekazać
Marszałkowi Województwa
wykaz zawierający
informacje i dane o ilości
i rodzajach gazów lub
pyłów wprowadzanych
do powietrza.

9 lutego

VI Charytatywna Gala Karnawałowa
Przyjaciół Fundacji Pro Seniore
pod honorowym patronatem
małżonki Prezydenta RP, Anny
Komorowskiej, organizowana
przez Warszawską Okręgową Izbę
Lekarską i Fundację Pro Seniore.
Więcej na www.proseniore.pl/news.

Do 15 marca
Trzeba złożyć do Marszałka
Województwa, właściwego
ze względu na miejsce
wytworzenia, zbierania, odzysku
lub unieszkodliwiania, zbiorcze
zestawienie danych o rodzajach
i ilości odpadów, sposobach
gospodarowania nimi za rok 2012.



Ryszard Golański

Uczelnie jeszcze niegotowe

Od czasu do czasu, mniej więcej co dwa lata, bulwersują nas wyniki PES, czyli Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Przed dwoma laty nie uzyskała pozytywnego wyniku z testu półowa kandydatów na specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych. W dniu 27.10.2012 został przeprowadzony Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pozytywny wynik egzaminu uzyskało 13 z 86 przystępujących do niego osób. Maksymalnie można było uzyskać 120 punktów. Tylko trzem osobom udało się uzyskać wynik powyżej 80 punktów, nikt nie przekroczył 90. List otwarty, sygnowany przez osoby uczestniczące w tym egzaminie zamieściliśmy wcześniej na stronie internetowej „Gazety Lekarskiej”. Tego typu zdarzenie każe się zastanowić nad trybem przygotowywania pytań egzaminacyjnych i wskazania osobom szykującym się do egzaminu źródeł wiedzy. Na kanwie tego wydarzenia zastanawiałem się nad przygotowaniem do LEK-u, czyli Lekarskiego Egzaminu Końcowego, który zastąpi LEP. Mam na-

dzieję, że wyniki pierwszego LEK-u nie będą takie, jak ostatniego egzaminu z anestezjologii. Szczerze mówiąc, po rewolucji, jaką jest likwidacja stażu podyplomowego, ważniejsze niż ten egzamin będzie praktyczne przygotowanie absolwentów wydziałów lekarskich do wejścia w zawodowe życie. Celowo wymieniam wydziały lekarskie, gdyż praktyczne przygotowanie absolwentów wydziałów czy kierunków lekarsko-dentystycznych jest od lat na innym, wyższym poziomie. Z posiadanych przeze mnie informacji wynika, że tylko pojedyncze uczelnie medyczne są już przygotowane do takiego zorganizowania szóstego roku studiów lekarskich, aby praktycznie i kompetentnie zastąpił on staż podyplomowy.

Być może nie powinienem w okresie przedświątecznym pisać o sprawach tak poważnych i budzących wiele wątpliwości, ale sprawy te są częstym tematem samorządowych rozmów. W zbliżającym się okresie przedświątecznym i w czasie samych świąt, postaramy się oderwać od trosk codziennego życia zawodowego i wąt-

W zbliżającym się **okresie przedświątecznym i w czasie samych świąt**, postaramy się oderwać od trosk codziennego życia zawodowego.

pliwości związanych z przyszłością. Na szczęście sprzyja temu polska tradycja szczególnego celebrowania świąt Bożego Narodzenia. Znajduje to wyraz nie tylko w radosnych spotkaniach rodzinnych, ale także w uroczystościach organizowanych w wielu placówkach medycznych i izbach okręgowych. ■

Autor jest redaktorem naczelnym „GL”.

**Łamiemy chleb. Człowiek to nasz Druh,
Siadamy zgodnie przy stole
Płyną kołędy, a w żłobie Bóg,
Łączy łańcuch pokoleń.**

**Kolegium redakcyjne i redakcja
„Gazety Lekarskiej”
wraz ze współpracownikami i autorami składają
Lekarzom i Lekarzom Dentystom
świąteczne i noworoczne życzenia zdrowia.
Bądźmy razem! Na 100%!**

Jarosław Wanecki

Ryszard Golański



Czynności kontrolne – prawa i obowiązki

W sierpniu 2004 roku uchylono przepis ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który stanowił, że lekarze prowadzący praktyki nie są przedsiębiorcami. Od tego dnia do lekarzy stosuje się wszelkie przepisy dotyczące przedsiębiorców, w tym dotyczące kontroli prowadzonej przez nich działalności.

Organ kontrolny musi zawiadomić o zamiarze przeprowadzenia kontroli. Kontrola może rozpocząć się najwcześniej po 7 dniach od doręczenia zawiadomienia i nie później niż 30 dni od jego doręczenia. Jeśli nie rozpocznie się w ciągu 30 dni, konieczne jest powtórne zawiadomienie. Kontrolowany może zgodzić się na wcześniejsze rozpoczęcie kontroli. Zawiadomienie o kontroli musi określać jej zakres, a sama kontrola nie może poza ten zakres wykraczać.

Kontrolę przeprowadzać mogą pracownicy organu kontroli po okazaniu legitymacji służbowej upoważniającej do dokonywania kontroli i odrębnego upoważnienia do przeprowadzenia kontroli. Upoważnienie takie musi być doręczone kontrolowanemu. Zmiana kontrolerów, zakresu kontroli i miejsca, w którym kontrola jest przeprowadzana, wymaga każdorazowo wydania odrębnego upoważnienia.

Czynności kontrolne wykonywane są w obecności kontrolowanego lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania w trakcie kontroli. Na kontrolowanym ciąży obowiązek wyznaczenia na piśmie takiej osoby, w szczególności w razie jego nieobecności. Jeśli kontrolowany jest nieobecny, nie wyznaczył osoby upoważnionej, to kontrola może być przeprowadzona przy obecności innego pracownika kontrolowanego lub świadka, którym może być tylko funkcjonariusz publiczny niebędący pracownikiem organu, który prowadzi kontrolę.

Kontrola ma być przeprowadzana w miejscu wykonywania działalności przez kontrolowanego, w godzinach jego pracy lub faktycznego wykonywania działalności. Jeśli może to usprawnić kontrolę, może ona być przeprowadzona – wyłącznie po uzyskaniu zgody kontrolowanego – w siedzibie organu kontroli.

Czynności kontrolne nie mogą zakłócać działalności kontrolowanego. Gdyby w sposób istotny ją jednak zakłócały, to gdy kontrolowany wskaże to na piśmie, konieczność ich podjęcia i prowadzenia musi być uzasadniona w protokole kontroli.

Każdy przedsiębiorstwa musi prowadzić i przechowywać książkę kontroli, upoważnienia i protokoły kontroli. Służy ona do dokumentowania liczby i czasu kontroli, które są limitowane. Okazuje się ją kontrolującemu niezwłocznie po wszczęciu kontroli. Nie można równocześnie podejmować i prowadzić więcej niż jednej kontroli. Jeśli kontrola już się rozpoczęła, kolejny kontrolujący odstępuje od czynności kontrolnych oraz może ustalić z kontrolowanym inny termin jej przeprowadzenia. Łączny czas trwania wszystkich kontroli w roku jest ograniczony. W przypadku kontroli praktyk lekarskich – ze względu na sposób oceny wielkości prowadzonej działalności (według kryterium zatrudnienia i obrotu) – nie powinien on przekroczyć 12 dni roboczych w roku.

Na podjęcie i wykonywanie kontroli wbrew opisanym zasadom można

wnieść sprzeciw zawierający uzasadnienie. Termin na jego wniesienie to 3 dni robocze od wszczęcia kontroli. Jeżeli sprzeciw jest związany z przekroczeniem limitu trwania kontroli, termin do jego wniesienia liczy się do dnia, w którym to przekroczenie wystąpiło. Sprzeciw powoduje wstrzymanie kontroli z chwilą doręczenia kontrolującemu zawiadomienia o wniesieniu sprzeciwu aż do rozpatrzenia sprzeciwu (lub zażalenia, jeśli zostanie wniesione). Organ kontroli rozpatruje sprzeciw w 3 dni robocze, wydając postanowienie i odstępuje od czynności lub je kontynuuje. W ciągu 3 dni od otrzymania postanowienia można złożyć na nie zażalenie. Powinno ono być rozpatrzone w ciągu 7 dni. Jeśli postanowiono o kontynuowaniu kontroli, to czynności podejmuje się po doręczeniu takiego postanowienia albo po rozpoznaniu zażalenia na nie. Jeśli sprzeciw lub zażalenie nie zostaną rozpoznane w terminie, jest to równoznaczne z przyznaniem racji kontrolowanemu.

mec. Jarosław Klimek
radca prawny OIL w Łodzi

LEKARZU, PAMIĘTAJ!
Znaczna część przedstawionych ograniczeń nakładanych na organy kontroli jest zniesiona, jeśli przeprowadzenie kontroli jest uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia.



Maciej Hamankiewicz

Ważne pytania

Wydawałoby się, że sprawy związane z ustawą refundacyjną już przycichły, ale zapewniam, że dla samorządu lekarskiego temat jest cały czas aktualny i pracujemy nad koncepcją zabezpieczenia lekarzy i lekarzy dentyistów przed skutkami tej ustawy. Domagaliśmy się prac zespołu złożonego z przedstawicieli NIL i NFZ nad próbą dookreślenia, co jest, a co nie jest błahym błędem na receptcie itp. Do pierwszego spotkania z NFZ udało się doprowadzić, choć na razie mamy tylko stwierdzenie woli dookreślenia tych problemów przez prezesa Pachciarz i wiceprezesa ds. leczenia Marcina Pakulskiego. Pisz „tylko”, bowiem i oni napotkali na opór po stronie własnych prawników z NFZ.

Oburzyłem się na obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2012 r. o sprostowaniu błędu w obwieszczeniu z dnia 26 października 2012 r. w sprawie wykazu leków refundowanych. Nastąpiło to bowiem z naruszeniem przepisów powszechnie obowiązującego prawa, według którego sprostowanie błędów w ogłoszonym tekście aktu prawnego nie może prowadzić do merytorycznej zmiany tekstu tego aktu. A zmiany w wykazie leków wprowadzone przez ministra zdrowia miały merytoryczny charakter. Zadałem więc Panu Ministrowi pytania:

Jaką karę przewidział Pan Minister dla urzędnika, który przyczynił się do publikacji 26 października br. obwieszczenia z błędnymi i niepełnymi danymi?

1. Jakie konsekwencje mogą grozić lekarzowi i lekarzowi dentyście, który działając zgodnie z zasadą pewności prawa, wystawił receptę po 1 listopada 2012 r., w oparciu o obwieszczenie z dnia 26 października br. i nie uwzględnił w ordynacji nowego brzmienia załącznika B.29 dotyczącego leczenia stwardnienia rozsianego oraz dodanego w sprostowaniu załącznika B.44 dotyczącego leczenia ciężkiej astmy alergicznej?
2. Jaką karę przewidział Pan Minister dla urzędnika, który przyczynił się do publikacji 26 października br. obwieszczenia z błędnymi i niepełnymi danymi, które trzeba było prostować?
3. Czy zarówno w przypadku lekarzy i lekarzy dentyistów, jak i w przypadku urzędników uznaje Pan Minister ten błąd za błahy i niewymagający stosowania kary pieniężnej, czy za poważny, skutkujący obowiązkiem nałożenia takiej kary? Jeśli ten drugi, to jaką karę przewiduje Pan Minister dla urzędnika, skoro dla lekarza za każdy błąd kara wynosi 200 zł, a nas lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w Polsce, do których powinno dotrzeć sprostowanie, jest prawie 160 tys.?

Kodeks Etyki Lekarskiej mówi, że lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych. Nie powinien więc podważać zdania innych lekarzy, którzy mają wyższy stopień specjalizacji. W bardzo trudnym położeniu wobec tego zapisu znajdują się Koleżanki i Koledzy lekarze orzecznicy ZUS. Nie podważam kompetencji żadnego z lekarzy orzeczników – co nieopatrnie zrozumiano w jednej z moich medialnych wypowiedzi. Odpowiadam tutaj na list Ryszarda Ziolkowskiego – głównego lekarza orzecznika Oddziału ZUS w Płocku, który uznał po mojej bardzo okrojonej w mediach wypowiedzi, iż podważyłem autorytet lekarzy orzeczników. Zaznaczam po wielokroć, że pracę lekarzy orzeczników doceniam. Przestrzegam

jednak wszystkich orzeczników przed podważaniem decyzji orzeczniczych lekarzy specjalistów, np. okulistów przez specjalistów np. nefrologów. Wydaje się że zanegowanie w takiej sytuacji L4 mogłoby być poczytane jako niezgodne z KEL.

Trzeba podkreślić, że temat wyniknął na skutek zapowiedzi przez ZUS zaostrzenia kontroli zasadności wystawiania L4 przez lekarzy – nie dość, że dla tej instytucji bez zapłaty to na dodatek pod groźbą kolejnych kar i kontroli! Niewątpliwie praca lekarzy orzeczników nie jest wdzięczna. Ostatnio stawaliśmy w ich obronie, zgłaszając Ministrowi Zdrowia konieczność wypełnienia luki prawnej polegającej na braku przepisu, który wyłączałby lekarzy orzeczników ZUS, KRUS spod działania ustawy o działalności leczniczej. Wcześniej istniała możliwość prawna, aby lekarz mógł wykonywać funkcje orzecznika ZUS bez konieczności rejestrowania w tym celu praktyki lekarskiej. Jeden z dziennikarzy zapytał mnie, czy zamierzamy – wobec tej luki wysłać lekarzy orzeczników po pięciu latach na przeszkolenie zawodowe. Odpowiedziałem, że nie.

W nastrój świąt Bożego Narodzenia wprowadził mnie jeden z supermarketów, który otworzył już w połowie listopada ogromne stoisko z choinkami, bombkami i innymi ozdobami upiększającymi drzewka. W tym roku pojawiła się sztuczna biała choinka, a na niej białe bombki, białe lampki i białe włosie anielskie. Ta biel wszechogarniająca skojarzyła mi się z bielą naszego fartucha, choć losy ochrony zdrowia były w tym roku raczej czarne. Dlatego też z niecierpliwością czekam na żywą choinkę, dźwięki płynące z fortepianu, kolędy i pastorałki śpiewane przez tłum wiernych w kościele. Składam Wam, Koleżanki i Koledzy, życzenia prawdziwego przeżywania Świąt, radości i refleksji, ciepła domowego i wiary w moc Nowonarodzonego. A Nowy Rok niech Wam przyniesie spokojniejsze czasy, bez czarnych chmur nad dachami naszych miejsc pracy. ■

Autor jest prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Kalendarz NRL 2013

W przyszłym roku Naczelna Rada Lekarska zaplanowała swoje posiedzenia w terminach: 22 lutego, 26 kwietnia, 24 maja, 21 czerwca, 6 września, 25 października, 20 grudnia. Prezydium NRL zbierze się 11 i 25 stycznia, 8 i 22 lutego, 8 i 22 marca, 12 i 26 kwietnia, 17 i 24 maja, 7 i 21 czerwca, 5 i 19 lipca, 2 i 23 sierpnia, 5 i 20 września, 11 i 25 października, 8 i 22 listopada, 6 i 20 grudnia.

Krajowy Zjazd Lekarzy w marcu 2014

Jak zdecydowała Naczelna Rada Lekarska, kolejny XII Krajowy Zjazd Lekarzy odbędzie się w dniach 20-22 marca 2014 r. w Warszawie. Będzie to zjazd sprawozdawczo-wyborczy, na którym zostaną wybrane władze samorządu lekarskiego na kolejną kadencję.

Karta zamiast oświadczenia!

Weryfikacja uprawnień świadczeniobiorcy powinna się odbywać za pomocą kart ubezpieczenia zdrowotnego, a nie za pomocą oświadczenia składanego przez pacjenta. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jest instrumentem, które pozwala leczącemu w sposób niebudzący wątpliwości ustalić, czy pacjent korzysta z prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – wskazało Ministrowi Zdrowia Prezydium NRL, opiniując rozporządzenie w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie Prezydium wyraziło oczekiwanie, że wprowadzenie weryfikacji prawa do świadczeń za pomocą oświadczenia składanego przez pacjenta będzie rozwiązaniem tymczasowym i nie będzie skutkowało zawieszeniem prac nad wdrożeniem karty.

5 lat działania pełnomocników ds. zdrowia

Po pięciu latach od uchwały wprowadzającej działalność pełnomocników ds. zdrowia przy izbach lekarskich odbyło się spotkanie pełnomocników z Gdańska, Katowic, Bielska-Białej, Częstochowy, Krakowa, Płocka, Poznania, Torunia z Konwentem Prezesów ORL, które zorganizowała doktor Bożena Pietrzykowska z NIL – pomysłodawca projektu. Katarzyna Wiśniewska – pełnomocnik z Gdańska zaznaczała, że dobrze byłoby m.in. rozszerzyć zakres prac pełnomocnika do wydawania opinii, wprowadzić umocowania prawne



Żona prof. Józefowicza – Grażyna Józefowicz z siostrą prof. Górnickiego – Joanną Górnicką-Kalinowską



Prof. Wojciech Noszczyk – przewodniczący kapituły i Maciej Hamankiewicz – laureat Gloria Medicinae

dotyczące wniosku do ORL, rozszerzyć czynności monitorujące w miejscu pracy lekarza uzależnionego, zwiększyć liczbę pełnomocników. Dorota Rzepniewska z Katowic podkreśliła, że uchwała NRL z kwietnia 2007 r. o zadaniach pełnomocnika to ogólne zasady, które każdy z pełnomocników wypracowywał na swój sposób. W swoim wykładzie wskazała na istotę współpracy z organami izby lekarskiej i warunkami stworzonymi pełnomocnikowi przez izbę, np. zapewnienie poufności rozmowy z lekarzem chorym i określenie jasnych zasad pomiędzy zadaniami pełnomocnika a rady lekarskiej czy rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Gość spotkania – Bohdan Woronowicz – zaznaczał, jak ważne w postępowaniu z uzależnionym lekarzem są objawy ostrzegawcze, które mogłyby być zauważone i zgłoszone przez jego kolegów lekarzy: unikanie rozmów, picie w samotności; istotne zaległości w pracy, niewiarygodnie uzasadnione powtarzające się pomyłki, skargi pacjentów, pożyczanie pieniędzy; unikanie kontaktu z przełożonym, zapach alkoholu z ust, nerwowość, wybuchowość, drżenie rąk. Swoje doświadczenia z Kanady przekazywał drugi gość spotkania Zbigniew Wańkowicz, który podkreślał, że porządne leczenie uzależnionej osoby jest bardzo drogie, natomiast w Kanadzie jest to finansowane przez różne instytucje, w tym Ministerstwo Zdrowia czy stowarzyszenie medyczne, które ma pion pomocy rodzinom lekarzy m.in. w sytuacji, kiedy lekarz potrzebuje leczenia.

Uroczystość nadania imion prof. B. Górnickiego i W. Józefowicza salom NIL

Podczas posiedzenia NRL 26 października br. odbyła się uroczystość nadania imion prof. Bolesława Górnickiego i prof. Włodzimierza Józefowicza salom szkoleniowym Naczelnej Izby Lekarskiej. W uroczystości uczestniczyły m.in. żona i córki Prof. Józefowicza oraz siostra Prof. Górnickiego.

Gloria Medicinae dla Macieja Hamankiewicza

Prezes NRL, Maciej Hamankiewicz, został uhonorowany przez Polskie Towarzystwo Lekarskie medalem Gloria Medicinae. Medal otrzymali również: Mieczysław Chruściel, Stanisław Gołba, Artur Januszaniec, Jacek Juszczyk, Tomasz Krupiński, Antoni Prusiński, Amelia Serbin, Jerzy Sobień, Ewa Solska. Jak podkreślił prof. Wojciech Noszczyk, kanclerz kapituły, laureaci otrzymali odznaczenie za pracę dla dobra chorego oraz za pracę, która wzbudza szacunek społeczeństwa. Medale wręczali prof. Noszczyk i prof. Tadeusz Tołkoczko – sekretarz kapituły wraz z prof. Jerzym Woy-Wojciechowskim, prezesem PTL.

Rejestr podmiotów z problemami

Na stronie internetowej NIL zamieszczona jest informacja na temat korzystania z profilu ePUAP. Jak wskazywały w listopadzie okręgowe izby lekarskie, złożenie wniosku o wpis do rejestru, zmianę wpisu do rejestru, wykreślenie z rejestru z wykorzystaniem profilu zaufanego ePUAP było niemożliwe. Biorąc pod uwagę, że w ocenie samorządu lekarskiego nie wszyscy lekarze, lekarze dentyści nabędą urządzenia służące do składania podpisu elektronicznego do końca 2012 r. Prezes NRL zwrócił uwagę ministrowi zdrowia, iż brak możliwości skorzystania z wymienionego w rozporządzeniu MZ narzędzia, jakim jest profil ePUAP, znacznie utrudni, a nawet zablokuje proces rejestracji praktyk zawodowych lekarzy, lekarzy dentyistów od 1 stycznia 2013 r.

Refundacja – c.d. korespondencji z NFZ

„Istniejący dualizm modeli odpowiedzialności nie jest ze sobą sprzeczny” – odpowiedziała prezes NFZ, Agnieszka Pachciarz, na list prezesa NRL, Macieja Hamankiewicza, w kwestii ujednolicenia zasad odpowiedzialności związanej z wystawianiem recept na leki refundowane. Prezes NFZ wskazała również, że treść zarządzenia nr 38/2012/DGL zawierającego umowę na wystawianie recept na leki refundowane została uzgodniona z przedstawicielami środowiska medycznego w czerwcu br.

8 listopada 2012 r. prezes NRL odpisał, że zarówno treść zarządzenia nr 38/2012/DGL, jak i załączniki nie zostały zaakceptowane przez przedstawicieli środowiska lekarskiego. „Uwzględnienie niektórych spośród zgłaszanych przez przedstawicieli środowiska uwag nie oznacza, że treść podpisanego przez Panią Prezes zarządzenia została uzgodniona ze środowiskiem lekarskim” – napisał prezes NRL.

Odnosząc się do kwestii dualizmu regulacji odpowiedzialności za ordynację lekarską, podkreślił, że jest on nieuzasadniony żadnymi względami merytorycznymi. ■

Katarzyna Strzałkowska
rzecznik prasowy NIL
k.stralkowska@hipokrates.org



Sławomir Badurek

Odgrzewane kotlety

Podczas tzw. drugiego exposé premier Tusk nawet słowem nie wspomniał o ochronie zdrowia. Dał tym samym do zrozumienia, że rząd nie zamierza przeprowadzać strategicznych zmian w tym sektorze gospodarki. Potwierdzeniem był ogłoszony kilka dni później przez ministra Arłukowicza plan pięciu kroków reorganizacji systemu świadczeń zdrowotnych. „Reorganizacji”, czyli w istocie niewielkich modyfikacji, przeprowadzanych rutynowo nawet w dobrze prosperujących firmach. Naszej ochronie zdrowia do sprawnego funkcjonowania daleko, a w reorganizacyjnym menu znalazły się przede wszystkim pozostawione po poprzednikach dania. Ograniczenie roli NFZ, tudzież zlikwidowanie tej instytucji zapowiadano praktycznie od dnia jej powstania, co stało się *prima aprilis* 2003 r. Tymczasem powołany za rządów SLD fundusz okrzepł za czasów PiS, by skostnieć pod wodzą swojego najdłużej urzędującego prezesa, nominata PO. Teraz platformerski minister zamierza

uciąć hydrze łeb. Kto ma zarządzać zdekapitowanym tworem, tego nie wiemy. A pytanie jest zasadne, bo chcąc przekształcić wojewódzkie oddziały NFZ w autonomiczne i konkurujące ze sobą ubezpieczalnie, jak ma to miejsce w Holandii, potrzeba głębokich zmian, wspartych ustawowo. Tymczasem minister Arłukowicz ma w planie zgłoszenie ustawy, ale jedynie „opisującej funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce”. Można w związku z tym obstawiać, że łeb hydrze szybko odrośnie. I to najpewniej pod postacią niejednej urzędniczej głowy. Kolejnym krokiem ma być likwidacja Agencji Oceny Technologii Medycznych. W tym przypadku szef resortu już otwarcie zapowiada, że owszem – zlikwiduje, ale po to, by stworzyć „niezależną, nowoczesną agencję, której zadaniem będzie nadzór nad sposobem wydawania pieniędzy, jakością i niezależna wycena procedur”. Dużo tej niezależności w zapowiedziach. Dobrze by było, by nowa agencja, z całą pewnością potrzebna, nie była niezależna od rzeczywistości.

Z początkiem 2014 r. mają obowiązywać elektroniczne karty pacjenta, gromadzące dane na temat ubezpieczenia, chorób, recept, badań i kolejek. Zamysł chwalebny. Tyle że to kolejne danie włożone do mikrofalówki. Jesienią 2006 r. wprowadzenie takich kart w perspektywie kilku miesięcy zapowiadał ówczesny minister zdrowia, Zbigniew Religa. Nie chcę krakać, ale Bartoszowi Arłukowiczowi też może się nie udać dotrzymać terminu, bo mimo olbrzymich środków z Unii Europejskiej, informatyzacja wyraźnie nam nie idzie i o ile za czasów ministra Religi ranking ONZ klasyfikował nas pod tym względem około 30. miejsca na świecie, to w bieżącym roku znaleźliśmy się dopiero na 47. pozycji, ustępując nie tylko Rosji, Litwie i Chorwacji, ale nawet kojarzącemu się z obśmiewanym Bożenem Kazachstanowi.

Inny odkurzony pomysł to wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Niemal wszyscy poprzednicy ministra Arłukowicza z III RP sygnalizowali zainteresowanie tym rozwiązaniem. Co istotne, od czasu minister Ewy Kopacz mówi się wyłącznie o ubezpieczeniach równoległych (inaczej suplemetarnych) dających dostęp do tych samych świadczeń, które są oferowane „za darmo”. Nie jest pewne, czy znajdą się chętni, by taki produkt umieścić w swoim portfolio. Coraz popularniejsze firmowe abonamenty medyczne dla pracowników to zupełnie co innego. Biorąc pod uwagę koszty administracyjne ubezpieczycieli, obowiązek tworzenia przez nich wymaganych rezerw, utrzymania odpowiedniego marginesu wypłacalności, nakłady na reklamę i akwizycję, może się okazać, że jeśli nawet na rynku pojawią się tego typu produkty, to będą one nieatrakcyjne cenowo. O wiele prościej i taniej dla nabywców byłoby pozwolić wszystkim świadczeniodawcom, sprzedawcą usług jako uzupełnienie kontraktu z NFZ. Można by się było przy tym dowiedzieć, za co i ile pacjenci gotowi są płacić z własnej kieszeni. Ułatwiłoby to urealnienie koszyka świadczeń zdrowotnych i wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych, stanowiących uzupełnienie, a nie zdublowanie tego, co dostępne w ramach obowiązkowej składki.

Sensowny projekt stworzenia sieci szpitali, nazwanych teraz strategicznymi, też jest mocno zleżały. Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie krajowej sieci szpitali wydano w grudniu 1998 r., tj. za czasów ministrowania Wojciecha Maksymowicza. Nowością byłoby, gdyby Bartoszowi Arłukowiczowi udało się zrealizować choćby jeden z dawno zgłaszanych pomysłów. ■

Autor jest diabetologiem, wiceprezesem KPOiL w Toruniu, publicystą „Pulsu Medycyny”.

Dużo tej niezależności
w zapowiedziach.

**Dobrze by było,
by nowa agencja,
z całą pewnością
potrzebna,**

nie była niezależna
od rzeczywistości.

Jest taki dzień...

Boże Narodzenie to dla Polaków najważniejsze święta w roku. Każdy, kto wykonuje zawód lekarza, posmakował świąt w karetce, na dyżurze przy łóżku chorego, na sali operacyjnej. Może dlatego w większości lekarskich domów celebryje się ten czas szczególnie uroczyscie.

Bóg się rodzi...

Dla starszego pokolenia lekarzy święta to przede wszystkim tradycja. Nie chodzi tylko o 12 wigilijnych potraw, ubieranie choinki czy śpiewanie kolęd, ale wspólne przygotowania, które zbliżają rodziny i pieczętują ich związki. To często także podróż sentymentalna do miejsc z dzieciństwa, młodości, to pielęgnowanie wspomnień i przeżyć. W domu wybitnego chirurga profesora Wojciecha Noszczyka, Boże Narodzenie zaczyna się już jesienią od kupowania prezentów. Profesorowa Grażyna Staniszevska-Noszczyk (filmowa Danuśka w „Krzyżakach”) dba, aby wszystko było zorganizowane perfekcyjnie. Prezenty muszą być przemyślane, aby na długo zapadły w pamięć. Szczególnie wnukom, którzy są wielką radością profesorostwa. Profesor do dziś pamięta, jak w ostatnią Wigilię okupacji dostał zegarek od matki. Ojciec zginął w Katyniu i ten prezent gwiazdkowy zawsze będzie mu się kojarzył z tamtymi czasami. Wigilijne potrawy własnoręcznie przygotowuje żona profesora i nie pozwala sobie pomagać. Wieczera od lat tradycyjnie odbywa się w ich domu na warszawskim Żoliborzu. Tradycyjne są też dania wigilijne: przystawki, zupa grzybowa, ryba, a na końcu słodkości. Ulubionym przysmakiem profesora są grzyby w panierce. Do stołu zasiada blisko 20 osób, bo oprócz dzieci i wnuków zapraszani są teściowie córki i syna. – Najbardziej lubię ten moment, kiedy wspólnie zasiadamy do wieczerzy i dzielimy się opłatkiem, jestem wtedy bardzo wzruszony – zwierza się profesor. Pierwszy dzień świąt Bożego Narodzenia też spędzają od lat w ten sam sposób. Rano idą na mszę (pani Grażyna szczególną wagę przywiązuje do duchowego celebrowania świąt), po południu do synowej na świąteczny obiad. Spędzają czas na niekończących się rozmowach o życiu, przemijaniu... Mieszkają przy kościele św. Stanisława, gdzie jest grób Jerzego Popiełuszki. Kiedy żył, na chwilę wpadał do ich domu z życzeniami świątecznymi. – Zawsze był taki radosny i zawsze gdzieś pędził

– wspomina prof. Noszczyk. Sąsiedztwo kościoła owocowało przyjaźniami z proboszczami tej parafii. W drugi dzień świąt obiad wydaje córka i po tradycyjnych daniach serwuje lekką kuchnię francuską, co jest przyjmowanie z ulgą po dwóch dniach biesiady po polsku.

Płatki jak opłatki

Profesor Jerzy Woy-Wojciechowski, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, uważa, że Boże Narodzenie to najbardziej rodzinne święto obchodzone przez Polaków. To czas ładowania akumulatorów, ogrzewania się ciepłem i życzliwością bliskich oraz przyjaciół. – Zmieniają się systemy wartości, świat odchodzi od tradycji, tym bardziej cenne są związki rodzinne i pielęgnowanie ich poprzez świąteczne rytuały – mówi prof. Woy-Wojciechowski. Jednym z takich rytuałów w domu profesora jest wspólne śpiewanie kolęd. Rodzina jest uzdolniona artystycznie, żona Alicja pisze teksty, profesor komponuje do nich muzykę i tak powstają niepowtarzalne utwory, np. „Pieśń lekarzy”. Powstało ich ponad 40, a śpiewała je m.in. Irena Santor, Maryla Rodowicz, nieżyjący już Waldemar Kocot. Z okazji tegorocznych świąt Bożego Narodzenia Alicja Woy-Wojciechowska napisała kolędę „Gdy z nieba płatki lecą jak opłatki, szczęśliwa noc zapala gwiazdę pierwszą, łagodnych i bezpiecznych ramion matki, jak lekka zima jest i troska mniejsza...”. Już fragment tej kolędy wprowadza atmosferę nostalgii, magii, która zawsze w czasie świąt jest obecna w domu Woy-Wojciechowskich. Jedną z ich córek jest fotografik, druga wraz z mężem i dziećmi mieszka na Cyprze. Zawsze jednak na Boże Narodzenie przyjeżdża do Polski, aby podzielić się opłatkiem i z najbliższymi spędzić ten szczególny czas. Dzieciństwo profesora upłynęło w małym miasteczku niedaleko Konina i gwiazdka była dla niego czymś wyjątkowym, szczególnie że jako 12-letni chłopak poszedł do gimnazjum im. ks. Jana Długosza we Włocławku i mieszkał w internacie. – Czekalem na te święta

z utęsknieniem. Wciąż czuję zapach siana pod obrusem, widzę matkę, jak stawia dodatkowe nakrycie dla zbłąkanego wędrowca i ojca, który zapala prawdziwe świece na choince. Pamiętam też wiszące papierki po cukierkach, które po kryjomu zjadał brat, oraz siostrę, która jak ojciec chciała być stomatologiem i swoim lalkom robiła dziury, mówiąc, że wyrwa im zęby – z nostalgią opowiada profesor. Jest szczęśliwy, że ma wnuki, dzięki którym – jak podkreśla – przemijanie staje się łatwiejsze.

Ewa Łuksza, lekarka hematolog z Białegostoku oraz jej mąż są wyznania prawosławnego i Wigilię obchodzą 6 stycznia. Doktor Ewa pochodzi z Hajnówki, gdzie jest cerkiew, w której odbywają się długie nabożeństwa wieczorne z całonocnym czuwaniem, a 40 dni przed Wigilią rozpoczyna się okres postu. W dniu Wigilii obowiązuje ścisły post do wieczerzy. Nie ma opłatki. Jest święcony chlebek ofiarny prosfora. Prawosławni dzielą się tym chlebkiem, a życzenia składa ogólnie nestor rodziny. W tradycji prawosławnej nie ma żłóbka z dzieciątkiem, jest ikona Matki Boskiej kłęczącej przy żłóbku, której oddaje się cześć. Drugi dzień świąt Bożego Narodzenia w prawosławiu jest poświęcony Bogurodzicy. – Nasze rodziny są już wyznaniowo wymieszane, zaczynamy więc świętować 24 grudnia na katolickiej Wigilii, a kończymy po świątach prawosławnych – mówi. Potrawy wigilijne są podobne, wyjątkiem jest kisiel owsiany robiony na zakwasie, ale mało kto potrafi już go ugotować i sztolok – kompot z suszonych jabłek i gruszek.

Nie ma zmiłuj

Profesor Marek Ziętek, rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, mówi, że na użytek świąt i wieczerzy wigilijnej trzeba było przebudować salon połączony z kuchnią. Wprawdzie kiedy córki dorosły i założyły własne rodziny, w domu zrobiło się luźniej, ale rodzina się powiększyła o zięciów, pięcioro wnucząt i teściów córek. Do wieczerzy wigilijnej zasiada ponad



20 osób i święta spędzają razem. Profesor, czyli dziadek, obowiązkowo co roku przebiera się za świętego Mikołaja i wręcza prezenty. Na kilka minut gaśnie światło, a kiedy znów rozbłyśnie, Mikołaj już jest. Długo wnuki nie orientowały się, że nie jest prawdziwy. Profesor dobrze się kamuflował, zmieniał nawet buty i głos. Ziętkowie to rodzina mieszana, jeśli chodzi o pochodzenie i tradycje. Matka profesora pochodzi ze Wschodu, a ojciec z okolic Poznania z Ostrowa Wielkopolskiego. To pomieszanie kultur rzutuje na bożonarodzeniowe tradycje. Przeważa jednak kuchnia wschodnia, króluje barszcz z uszkami, a na pana w czerwonym ubraniu mówi się św. Mikołaj, a nie Gwiazdor, jak w Poznańskim. Jedyną potrawą przejętą z poznańskiego są makielki. – Lubię zamieszanie, które towarzyszy świętom, mimo że każdy z nas ma obowiązki, z których musi się wywiązać. Moją rolą jest pomoc w sprzątanii, kręcenie mięs na pasztety, ubieranie choinki i nie ma zmiłuj. Lubię też te quasi-filozoficzne rozmowy, których na co dzień się nie prowadzi, o marzeniach, perspektywach, uczuciach – mówi profesor Ziętek.

Profesor Magdalena Durlik, transplantolog, także spędza święta tradycyjnie. Jej córka i syn mieszkają za granicą. Córka przylatuje z Australii już w połowie grudnia, a syn z synową oraz wnuczką z Londynu kilka dni przed Wigilią. Wnuczka ma rok i trzy miesiące, babcię Magdalenę poznała za pośrednictwem skaypa. To będzie ich pierwsze osobiste spotkanie. Wigilia odbędzie się w domu brata profesora Durlik, profesora ortopedii i krajowego konsultanta w tej dziedzinie. Kiedyś spotykali się zawsze u mamy, dziś nestorki rodu Henryki Maudykowej, wybitnego lekarza reumatologa. Cała rodzina to lekarze. – Na co dzień jesteśmy zabiegani, nawet z bratem i bratową, mimo że mieszkają w Warszawie widzimy się rzadko, dopiero w święta możemy zatrzymać się w tym pędzie, popatrzeć na siebie, pouśmiać się, porozmawiać – tłumaczy prof. Durlik. Dodaje, że nie przywiązuje aż tak wielkiej wagi do samodzielnego przygotowywania wszystkich potraw, jak to jest w wielu domach, nie piecze ciasta, nie lepi pierogów, ale

święteczny obiad gotuje sama. Tradycyjny – zrazy po wileńsku z dużą ilością borowików i porządną łyżką śmietany, bo babcia i mama stamtąd pochodzą. Najważniejsze jednak, że wszyscy są razem, że wreszcie będzie mogła przytulić swoją wnuczkę.

Jak najbliżej siebie

Dla prof. Mariana Zembała, kardiochirurga, szefa Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, święta Bożego Narodzenia to czas refleksji i podsumowań. Dotyczą one spraw rodzinnych i osobistych, ale też zawodowych. Wiąże się z tym, jak tłumaczy profesor, ściśle naturalna potrzeba dokonania rachunku sumienia, na który składa się swoisty bilans sukcesów i niepowodzeń czy nawet porażek własnych, innych osób i instytucji, za którą profesor jest odpowiedzialny. – Ten stan towarzyszy mi aż do Nowego Roku, który otwiera nowy rozdział – mówi. Dodaje, że święta są także dla niego okazją do przemyśleń, wspomnień rodzinnych, powrotu do dzieciństwa, obrazków zapamiętanych z tamtych czasów. Pragnie ocalić od zapomnienia tradycje obchodzenia tych świąt dla przyszłych pokoleń. Te zapachy, smaki, atmosfera... Wigilię zawsze spędza z rodziną i mimo zmęczenia, nie wyobraża sobie, aby było inaczej, np. gdzieś w ciepłych krajach. Dla niego to międzypokoleniowe spotkanie rodzinne, które zdarza się raz w roku. Uważa, że właśnie wieczerza wigilijna łączy pokolenia, buduje, zacieśnia więzi, które dają siłę i odporność, tak potrzebne, aby móc funkcjonować we współczesnym, pełnym zagrożeń świecie. Bardzo dba o to, aby do wieczerzy wszyscy zasiadali w dobrym nastroju – wyciszeni i pogodzeni. Prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, mówi, że w święta jego rodzina chce być jak najbliżej siebie i domu. Ten dom to nie tylko żona, dzieci i półtoraroczna wnuczka Zosia, ale zwierzęta: konie, kozy, owce, renifery, inwentarz. Zanim więc zasiądą do wieczerzy wigilijnej, zanim zapadnie zmrok i zaświeci pierwsza gwiazdka, wszyscy idą na spacer do zwierząt, aby na nie popatrzeć i złożyć życzenia. Ten rytuał pozwala, aby w tym dniu poczuć się do końca spełnionym. Dla profesora jednak święta zaczynają się kilka dni wcześniej w instytucie. Co

roku organizowane jest tam spotkanie wigilijne. Co roku też na tę okoliczność profesor pisze wiersz. – Nie jestem zbyt wylewny, w tej formie łatwiej mi więc wyrazić swoje uczucia, emocje, łatwiej mi się komunikować na płaszczyźnie bardziej osobistej, podziękować mojemu zespołowi, wyróżnić kogoś, zachęcić lub coś wytknąć – mówi profesor. W ciągu wielu lat kierowania instytutem trochę nazbierało się tych wierszy. Profesor pisze także wiersz na Wigilię w gronie rodzinnym. W tym roku w rodzinie profesorostwa Skarżyńskich wszystko kręci się wokół wnuczki Zosi, główny temat wiersza nasuwa się więc sam. Profesor ma także swój udział w ubieraniu choinki, ale na tym kończy się jego rola. Przygotowanie świąt bierze na swoje barki żona Bożena. Pomaga jej młodszy syn, który interesuje się sztuką kulinarną i chętnie zagląda do kuchni. – Do wieczerzy zasiadamy późno, lubimy długie, nocne rozmowy, w ich ciepłe grzejemy się jeszcze przez następne dni, a pierwszy dzień świąt leniwie upływa nam w domowych pieleszach – opowiada profesor. Dodaje, że po tak intensywniej codzienności (większość czasu zajmuje praca, która jest na pierwszym miejscu) święta w domu są dla niego najlepszym relaksem. Tradycyjnie na stole dominują polskie potrawy i obowiązkowo każdej trzeba spróbować. Dla profesora, który jada niewiele, to duże wyzwanie.

Antypody, Litwa, Nepal...

Sebastian Kawa jest ginekologiem położnikiem z Bielska-Białej, ale od dawna jego pasją jest latanie. Przez wiele lat swoje zamiłowanie do szybowców dzielił między szpitalem i pacjentkami, które w nim rodziły. Niejedną Wigilię i święta Bożego Narodzenia spędził na dyżurze na porodówce. Zawsze był tym młodszym, którego chętnie uwzględniano w świątecznym grafiku. Kiedy jednak przyszły sukcesy (zdobył 12 złotych medali w mistrzostwach świata i Europy), musiał dokonać wyboru, czy będzie wykonywał zawód lekarza, czy poświęci się lataniu. Wybrał to drugie. Mówi, że na ten moment nie jest w stanie pogodzić tych dwóch profesji. – Aby być dobrym w tym, co się robi, trzeba się temu całkowicie poświęcić – mówi. Zastrzega jednak, że wciąż czuje się lekarzem i wróci na porodówkę. Święta stara się spędzać z rodziną, żoną Anną, dziećmi Olą i Martą. Najczęściej u rodziców, którzy mają największy stół. Wszyscy są lekarzami, rozumieją więc, jak to jest. Wigilię i święta Bożego Narodzenia spędzają tradycyjnie, tak jak w większości polskich domów. Ale rodzina musiała przywyknąć, że jak są zawody, doktor Kawa pakuje plecak i leci na drugą półkulę. Przeważnie zawody szybowcowe odbywają się tam w zimie. Były już takie Wigilie, które zastały go w Nowej Zelandii, Chile, gdzie w momencie, kiedy rodzina w Polsce

Cała rodzina to lekarze. – Na co dzień jesteśmy zabiegani, nawet z bratem i bratową, mimo że mieszkają w Warszawie, widzimy się rzadko, dopiero w święta możemy zatrzymać się w tym pędzie, popatrzeć na siebie, pouśmiać się, porozmawiać – tłumaczy prof. Durlik.

Do wieczerzy wigilijnej zasiada ponad 20 osób i święta spędzają razem. Profesor, czyli dziadek, obowiązkowo co roku przebiera się za świętego Mikołaja i wręcza prezenty. Na kilka minut gaśnie światło, a kiedy znów rozbłyśnie, Mikołaj już jest.

siadała do wieczerzy, Sebastian Kawa miał lot treningowy i leciał nad najwyższym szczytem Ameryki. – Święta poza domem i bez rodziny to nie to samo, zawsze pojawia się tęsknota, ale taki jest los sportowca – mówi. Tegoroczne święta też będą poszatowane. Wigilię i pierwszy dzień świąt spędzi z rodziną, a 26 grudnia, czyli w drugi dzień świąt, wyjazd do Argentyny, gdzie będzie startował w mistrzostwach świata, po raz pierwszy w dwóch klasach. Będą to więc dla doktora Kawy bardzo trudne mistrzostwa.

Barbara Komarowska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Medycznego na Litwie, zrzeszającego ponad 100 lekarzy, Boże Narodzenie spędzi u rodziców. Mieszkający tam Polacy są bardzo rodzinni, w święta zawsze spotykają się w domu najstarszego z rodu. Mieszkając poza krajem, poczucie polskości jest dla nich bardzo ważne, dlatego biesiadują przy włączonym telewizorze na kanale TV Polonia. – Słuchając emitowanych tam kolęd, relacji z pasterki w Watykanie, polskich rozmów przy stole, mamy poczucie przynależności do polskiej społeczności – mówi prezes Komarowska. Dodaje, że dla niej i jej rodziny najważniejszy w tym dniu jest nastrój. Tworzy go zapach choinki, przygotowywanych potraw i spotkań z krewnymi, których nie widuje się przez cały rok. Nie założyła jeszcze własnej rodziny, u rodziców spotka się z bratem, który śpiewał w zespole folklorystycznym „Wileńszczyzna” i to on nadaje ton stronie artystycznej wieczerzy. Razem pójdą na pasterkę do polskiego kościoła na starówce Wilna i dopiero po powrocie rozpakują prezenty. Jest niepisana tradycja, że na ostatnim przed świętami spotkaniu stowarzyszenia zrzeszeni w nim lekarze łamią się opłatkiem i składają sobie życzenia, obowiązkowo po polsku. Na każdym roku podkreśla się tu polskie akcenty.

W Polsce mieszka i pracuje wielu lekarzy obcego pochodzenia, którzy niedawno przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej powołali Koło Lekarzy Cudzoziemców. Jego przewodniczący dr Bodha Raj Subedi jest Hindusem i pochodzi z Nepalu. Wraz z żoną, także lekarką, która nostryfikowała dyplom uzyskany w Indiach i obecnie rozpoczyna specjalizację z interny oraz synem i córką mieszka w Świebodzicach, a pracuje w Wałbrzychu. Jest chirurgiem, a ostatnio zrobił specjalizację z chirur-

gii onkologicznej. Wyznaje hinduizm, jego duchowym przywódcą jest Rama – jeden z 10 wysłanników Boga. Główne święto w tej religii jest ruchome i przypada na przełom października i listopada. Drugie to święto światła, które obchodzone jest w połowie listopada. Jest szereg rytuałów z nimi

związanych głoszących pochwałę dobra nad złem, które dla Polaków są egzotyczne. Główna potrawa, którą przygotowuje się na te święta, to ryż z warzywami i specjalną mieszanką orientalnych przypraw. Jednak w domu doktorstwa Subedi na Boże Narodzenie ubierana jest choinka, są prezenty, gotuje się barszcz czerwony, sprawia ryby i kupuje pierogi. – Robimy to dla dzieci, chodzą przecież do polskich szkół, chcemy, aby lepiej rozumiały polską wiarę i tradycje – mówi doktor Subedi. Dodaje, że w Polsce mają wielu przyjaciół, którzy goszczą ich w Wigilię i w święta. Doktor Subedi najbardziej lubi świąteczny bigos, jego żona barszcz, dzieci choinkę i prezenty, ale wszyscy są pod wielkim wrażeniem polskiej bożonarodzeniowej tradycji i związanych z nią obrzędów. ■

Nasi w Europie



Konstanty Radziwiłł

(jak zwykle) O zdrowiu publicznym

Od kilku lat kolejne ekipy z Miodowej zapowiadają przygotowanie ustawy o zdrowiu publicznym. Także ostatnio słycać takie deklaracje. Przedstawiciele kierownictwa Ministerstwa Zdrowia mówią, że ustawa będzie skierowana do każdego obywatela. Tymczasem nie chodzi o apel do obywateli, aby zdrowo żyli, ale raczej o opisanie odpowiedzialności państwa i innych podmiotów publicznych w tym zakresie.

Unia Europejska nie ma wprawdzie zbyt wielu kompetencji w zakresie ochrony zdrowia, ale często jest forum współpracy właśnie w zakresie zdrowia publicznego. Takie pola jak bezpieczeństwo żywności, obrót lekami, wprowadzanie do użytku sprzętu medycznego i wyrobów medycznych itp. od dawna są regulowane unijnymi przepisami. Unijne zalecenia dotyczące tytoniu postępują zgodnie z „Ramową Konwencją w Sprawie Kontroli Wyrobów Tytoniowych” (FCTC) Światowej Organizacji Zdrowia. Kilka lat temu mieliśmy do czynienia z dobrą współpracą krajów członkowskich Unii w zakresie szczepienia przeciw grypie pandemicznej. Ponad rok temu Komisja Europejska zainicjowała Europejskie Partnerstwo Innowacji na rzecz Aktywnego i Zdrowego Starzenia się, które ma stworzyć warunki do wydłużenia zdrowego życia Europejczyków.

Niestety udział Polski w tych inicjatywach jest symboliczny. Wprowadzanie europejskich porozumień, a nawet dyrektyw dotyczących zdrowia publicznego bywa u nas opóźniane lub otwarcie kontestowane. Jednocześnie (delikatnie mówiąc) nie należymy do czołówki długo żyjących i zdrowych społeczeństw.

Czego zatem należy oczekiwać po przygotowywanej ustawie? Wydaje się, że jedynym rozwiązaniem może być strategia „Zdrowia we wszystkich decyzjach politycznych” (Health in All Policies) oznaczająca, że to nie tylko Ministerstwo Zdrowia, ale cały Rząd powinien uwzględniać ewentualne skutki zdrowotne wszystkich przygotowywanych decyzji. Należy korzystać z dobrych sprawdzonych wzorców jak podwyższanie aktywności na tydzień, minimalne ceny alkoholu, obniżanie (do zera) dopuszczalnej zawartości alkoholu we krwi kierowców, wprowadzanie większej liczby zajęć ruchowych dla dzieci i młodzieży, ograniczenia dostępności niezdrowej żywności w szkołach, upowszechnianie szczepień dzieci i dorosłych, promocja suplementacji witaminy D, wykorzystanie publicznych środków przekazu do promocji zdrowego trybu życia (aktywności fizycznej, zdrowego żywienia, szczepień, zachowania w czasie katastrof i epidemii itd.). Od ponad pięciu lat obowiązuje w Polsce piękny Narodowy Program Zdrowia. Wystarczyłoby go tylko zacząć wprowadzać w życie.

A jaka jest w tym wszystkim rola lekarzy i lekarskich organizacji? Sądzę, że tak jak każdy z nas lekarzy jest odpowiedzialny za powierzonych nam chorych, tak i całe środowisko lekarskie ma podobne obowiązki względem społeczeństwa. Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) od lat angażuje się w europejskie inicjatywy prozdrowotne. Wielu członków narodowych tej organizacji czyni to samo. ■

*Autor jest prezesem
Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich.*

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku

Ich siłą jest różnorodność

Liczy ponad 11 tys. członków i jest jedną z największych w kraju. Obejmuje swoim zasięgiem województwo pomorskie i część warmińsko-mazurskiego. Ma dwie delegatury: w Słupsku i Elblągu.

Członków OIL w Gdańsku cechuje różnorodność, jeśli chodzi o korzenie, tradycje, pochodzenie i poglądy. Część lekarzy od pokoleń związana jest z Pomorzem i Kaszubami. Część wywodzi swe korzenie z Kresów Wschodnich i Wilna, skąd do Akademii Medycznej w Gdańsku po II wojnie światowej przybyła kadra profesorska. Wielu lekarzy przywiozło swoje tradycje z innych regionów Polski. Roman Budziński, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku, uważa, że ta niekiedy uciążliwa różnorodność stanowi jednak bogactwo i siłę gdańskiej izby. Zjednoczyła wszystkich idea utworzenia korporacji zawodowej.

Trochę historii

Tradycje samorządu lekarskiego na tych terenach sięgają średniowiecza. Już w 1454 r. Rada Miasta Gdańska zatwierdziła statut Gdańskiego Cechu Chirurgów, a w 1558 r. powstało w Gdańsku Gimnazjum Akademickie (Atheneum Gedanense), w którym aż do 1812 r. nauczano medyków. Doktorzy medycyny wykładający na tej uczelni i praktykujący w Gdańsku na podstawie uzyskanego 9 lutego 1636 r. (bez wiedzy władz miejskich) edyktu króla Władysława IV wystąpili do Rady Miejskiej z propozycją utworzenia Collegium Medicum. Był to pierwszy samorząd lekarski na ziemiach polskich, którego zadaniem była obrona interesów lekarzy, szkolenie, nakładanie kar, zwalczanie podających się za medyków (tzw. partaczy), rozstrzyganie problemów dotyczących sztuki lekarskiej, udzielanie konsultacji, badanie leków i inspekcje ap-

tek. W 1887 r. na terenie Pomorza Gdańskiego objętego zaborem pruskim zaczęły organizować się Izby Lekarskie. Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości lekarze pomorscy zostali przypisani do Poznańsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej, której delegatura znajdowała się w Sopocie. Po reaktywacji samorządu lekarskiego w 1989 r. i powołaniu do życia Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku, lekarze z województwa pomorskiego jako jedni z pierwszych przystąpili do jej tworzenia i stali się bardzo aktywni. Początki odnawiającego się samorządu wymagały organizacji biura, które mieściło się w pomieszczeniach jednego ze szpitali. Pierwszą siedzibą izby (nawiązującą do tradycji przedwojennej) było piętro wynajętej willi w Sopocie. Było tam tak ciasno, że uczestnicy spotkań założycielskich siedzieli na schodach. Nie było też pieniędzy na podstawowe zakupy, pozwalające przeprowadzić pierwsze wybory. Ogromny entuzjazm towarzyszący reaktywacji samorządu sprawiał jednak, że lekarze z gdańskiej izby nie ograniczyli się do działań na własnym terenie, ale brali aktywny udział w pracach komisji problemowych NRL oraz rozmowach i negocjacjach w Ministerstwie Zdrowia. Można więc powiedzieć, że od razu zaistnieli na szerszym forum, a ich głos stał się znaczący w sprawach ochrony zdrowia i tworzenia zrębów całego samorządu. Na czele komitetu organizacyjnego stanął wówczas nieżyjący już dziś charyzmatyczny profesor patofizjologii Julian Solarczyk, odznaczający się empatią i wielkim zaangażowaniem w sprawy społeczne. Jako

późniejszy sędzia sądu lekarskiego podkreślał, że poprawić coś w służbie zdrowia, także w relacjach lekarz-pacjent, można tylko poprzez wzmocnienie i podniesienie rangi samorządu lekarskiego. Pierwszym prezesem OIL w Gdańsku został dr Jerzy Umiastowski, który zapisał się w historii samorządu lekarskiego jako współtwórca obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej i propagator zmian podnoszących rangę wolnego zawodu lekarza. Jego następcą był dr Maciej Michalik, którego kadencję wspomina się jako czas budowania zrębów materialnych izby oraz forsowania i propagowania racji lekarskich wśród decydentów.

Trochę współczesności

W styczniu 2004 r. Okręgowa Izba Lekarska wreszcie dorobiła się własnej siedziby w Gdańsku. Jest to eklektyczny, wybudowany od podstaw budynek nawiązujący stylem do gdańskiej secesji. Wśród zaangażowanych w budowę nie sposób pominąć wysiłków Barbary Sarankiewicz-Konopki, która w III i IV kadencji była przewodniczącą ORL w Gdańsku. Przez kolegów lekarzy oceniana jako osoba wielkiego taktu i dyplomacji. Siedziba izby przy ul. Śniadeckich 33 jest usytuowana w sąsiedztwie budynków dydaktycznych i biblioteki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Sprzyja to współpracy i uzupełnianiu się w realizacji swoich zadań. Jednym z przykładów wspólnych działań izby i uczelni są Młodzieżowe Spotkania z Medycyną – comiesięczne wykłady popularnonaukowe dla licealistów, które cieszą się ogromnym powodzeniem. Dla szczególnie zawziętych dyskutantów izba funduje nagrody. Chodzi o to, aby młodzież wybierała studia medyczne świadomie, a nie pod wpływem impulsu czy popularnego serialu. Prezes OIL w Gdańsku widzi w nich nowy narybek, również dla samorządu lekarskiego. Siedziba w Gdańsku zachwyca nie tylko estetyką. Jest przestronna, wygodna, spełnia rolę jako miejsce zjazdów okręgowych, a także szkoleń i innych spotkań lekarzy. Prezes OIL w Gdańsku, Roman Budziński, mówi, że celem jest maksymalne wykorzystanie pomieszczeń, dlatego organizowane są tu nie tylko szkolenia podyplomowe podnoszące kwalifikacje zawodowe lekarzy, ale i innych dziedzin, np. prowadzenia działalności gospodarczej bądź z zakresu prawa medycznego. Pomieszczenia dydaktyczne wyposażone są

w nowoczesny sprzęt multimedialny, sprzęt do teletransmisji, klimatyzację, zaplecze socjalne. Tematy są jak najbardziej na czasie – lekarz w sytuacji kryzysowej, w obliczu roszczeń pacjenta, a także bloki tematyczne dotyczące interdyscyplinarnego podejścia do problemów współczesnej medycyny, np. resuscytacja, otyłość. Przykładem interdyscyplinarnego podejścia do szkoleń jest również działalność Komisji Stomatologicznej OIL w Gdańsku. Stomatolodzy stanowią jedną czwartą część członków izby i mają swój udział w tworzeniu jej zrębów. To stąd wywodzi się Wojciech Grabe, któremu po raz pierwszy w historii powojennej stomatologii wręczono prestiżowe Ogólnopolskie Odznaczenie OIL w Krakowie im. dra Janusza Fortuny, przyznawane za zasługi dla środowiska lekarzy dentystów. Wojciech Grabe stworzył Katalog Wartościowania Pracy Lekarzy Stomatologów (pracował nad nim 12 lat), który stał się obowiązującą podsta-

wą wyceny procedur stomatologicznych. Był wiceprzewodniczącym ORL w Gdańsku, przewodniczącym tamtejszej Komisji Stomatologicznej, a także wiceprzewodniczącym Komisji Stomatologicznej NRL. Prowadził też działalność dydaktyczną wśród lekarzy stomatologów. Zdaniem Haliny Porębskiej, sekretarz OIL w Gdańsku, która jest członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej, dr Grabe wytyczał nowe standardy w polskiej stomatologii, co przekłada się na jej obecny wizerunek. Z perspektywy gdańskiej izby widoczne tendencje do wydzielania z niej stomatologów wydawały się zawsze co najmniej niezrozumiałe.

Pod ochroną prawników

Jednym z priorytetów OIL w Gdańsku jest ochrona prawna jej członków. Biuro prawne jest tutaj rozbudowane bardziej niż w innych izbach. Zatrudnia pięciu prawników. Są oni zaangażowani zarówno



Nowa siedziba OIL w Gdańsku

w system szkoleń lekarzy, jak i doradztwo telefoniczne i osobiste. O tym, jak ważna jest ta sfera działalności izby, świadczy fakt, że coraz więcej lekarzy korzysta z ich pomocy. Zdaniem prezesa jest to związane ze skomplikowaną sytuacją na rynku usług medycznych. Wchodzą coraz to nowe przepisy, często niosące ze sobą różnego rodzaju zagrożenia. Izba jest miejscem, gdzie lekarze zawsze znajdą poradę, jak ich uniknąć. Często lekarz zgłasza się do prawnika z własnym problemem, a okazuje się, że wymaga on rozwiązania systemowego. W takich sytuacjach izba wyznacza kogoś ze swoich mecenasów, aby reprezentował lekarza na zewnątrz, np. w sprawach o naruszenie dobrego imienia lekarzy, w sprawach kontraktów z NFZ czy problemach z rozwojem zawodowym młodych lekarzy. Gdańska izba mocno też stawia na rozwijanie działań integracyjnych. Na pytanie, co się za tym kryje, prezes Budziński odpowia-

da: chodzi nam o to, aby izba tętniła życiem lekarskim we wszystkich jego aspektach. Izba nie może być urzędem, a wielu lekarzom zaczyna się z nim kojarzyć. Powodem jest przejście od administracji państwowej wielu obowiązków, a najważniejszym z nich to prowadzenie rejestru lekarzy czy rejestru praktyki lekarskiej. Tutaj także uzyskuje się prawo wykonywania zawodu. Poprzedni prezes OIL w Gdańsku, Krzysztof Wójcikiewicz, nadał temu corocznemu wydarzeniu uroczysty charakter. W czasie tegorocznej uroczystości z udziałem parlamentarzystów, władz samorządowych, przedstawicieli uczelni w Filharmonii Bałtyckiej pełne prawo wykonywania zawodu otrzyma 314 lekarzy. Tradycyjnie towarzyszyć temu będzie oprawa artystyczna z udziałem wybitnych artystów. – Zależy nam na tym, aby wprowadzenie do stanu lekarskiego zapadło w pamięć, aby młodzi lekarze mogli z poczuciem dumy, ale i odpowie-

dzialności stać się integralną częścią naszej społeczności – wyjaśnia Roman Budziński. Integracji środowiska sprzyja coraz prężniej działająca Komisja Sportu, Kultury i Rekreacji, która organizuje imprezy sportowe, spotkania w Klubie Lekarza, konkursy, wernisaże. Izba rozprowadza wśród lekarzy karty abonamentowe na różnorodne zajęcia sportowe, podejmuje też współpracę z instytucjami kultury na zasadzie „darmowe bilety za recenzję”. Prezes Budziński liczy, że narzędziem sprzyjającym integracji stanie się też nowa strona internetowa OIL w Gdańsku, umożliwiająca załatwienie wielu spraw online, wzajemną komunikację lekarzy w ramach zamkniętych i otwartych forów internetowych, edukację, informację, a docelowo również dostęp do informacji naukowej, ubezpieczeń czy usług finansowych. Część członków izby, by dojechać do Gdańska, musi spędzić w samochodzie dwie godziny. Dzięki informatyzacji

reklama



zaoszczędzą czas. Dużą wagę przywiązują się do pomocy socjalno-bytowej lekarzy w wieku starszym. Aby była bardziej wszechstronna, powołano przy izbie Fundację Pomocy Lekarzom Seniorom. Fundacja ma szersze pole działania niż komisja socjalna, angażuje wolontariuszy, którymi najczęściej są studenci medycyny. Dzięki temu pomoc ma bardziej ludzki wymiar. Stworzono w izbie system pożyczek na cele edukacyjne, z możliwością ich 50 proc. umorzenia. Pożyczki przyznaje się w szczególności młodym lekarzom w trakcie specjalizacji lub piszącym prace doktorskie poza ośrodkiem akademickim.

Okno na świat

Historia Gdańska dowodzi, że od zarania miejsce to było zarzewiem różnego rodzaju nowych idei, miejscem ścierania się różnych poglądów i – co naturalne – wylęgarnią ruchów wolnościowych. Jest jednym z najstarszych miast Polski, w przeszłości był również miastem królewskim i hanzeatyckim, a na mocy traktatu wersalskiego Wolnym Mia-

stem Gdańskim. Symbolicznie uznawany jest za miejsce wybuchu II wojny światowej oraz upadku komunizmu w Europie Środkowej. To w gdańskiej stoczni zaczęły się strajki, to tam żyje Lech Wałęsa, tam zrodziła się „Solidarność”. To jednak przede wszystkim polskie okno na świat. – Bałtyk sprawia, że ludzie żyli i żyją tutaj z morza, w sensie dosłownym i w przenośni. Stocznie, porty, międzynarodowy handel, kontakty z ludźmi różnych narodowości, kultur i poglądów inspirują, dają poczucie przestrzeni, swobody, również w sposobie myślenia – przekonuje Roman Budziński, który swego czasu odbył kilka rejsów na żaglowcu szkolnym „Dar Młodzieży” jako lekarz. Pewnie dlatego jednym z jego marzeń jest stworzenie przy gdańskiej izbie klubu żeglarstwa morskiego, do której należałoby lekarze z całej Polski. Izby lekarskie reaktywowały się na fali przemian ustrojowych, ale pionierzy tego ruchu powoli zaczynają się wykruszać. Głośno zaczyna się mówić o tym, że samorządowi lekarskiemu potrzeba świeżej krwi. Także gdańska izba stoi przed

wyzwaniem, jak zachęcić do włączenia się w działalność młodych lekarzy. Do tego potrzebna jest nie tyle zachęta, ile zmiana sposobu myślenia. Nie o werbunek tutaj chodzi, ale o to, by każdy, kto otrzymuje ze swojej izby prawo wykonywania zawodu, naprawdę poczuł się członkiem korporacji, dla której może coś zrobić. – Nowe czasy, nowe wyzwania wymagają redefiniowania działań samorządu – mówi prezes Budziński. Temu celowi służyło m.in. zorganizowanie w Gdańsku trzech debat eksperckich na temat systemu ochrony zdrowia, które spotkały się z zainteresowaniem środowiska i mediów. Uważa, że w przyszłości samorząd powinien być bardziej kreatywny, jeśli chodzi o tworzenie nowych aktów prawnych czy współtworzenie lekarskiej rzeczywistości, ale to wymaga angażowania się w sprawy korporacji pasjonatów. Izba to nie jest jeszcze jeden urząd wystawiający dokumenty niezbędne do wykonywania zawodu. To miejsce, gdzie można zrobić coś dla siebie i innych, rozwijać się, a jednocześnie poczuć się wśród swoich. ■



Warto wiedzieć

Metryka Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku

Terytorium: województwo pomorskie

Adres siedziby: ul. Śniadeckich 33, 80-204 Gdańsk

Kontakt: tel. 58/524-32-00, faks 58/524-32-01;

e-mail: oil@oilgdansk.pl

Strona internetowa: www.oilgdansk.pl

Liczba członków: 11 781 członków, w tym lekarze 9 050 i lekarze dentyści 2 731

Liczba delegatów na zjazd: 234

Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 29

Prezes: Roman Budziński

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Maria Adamcio-Deptulska

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego:

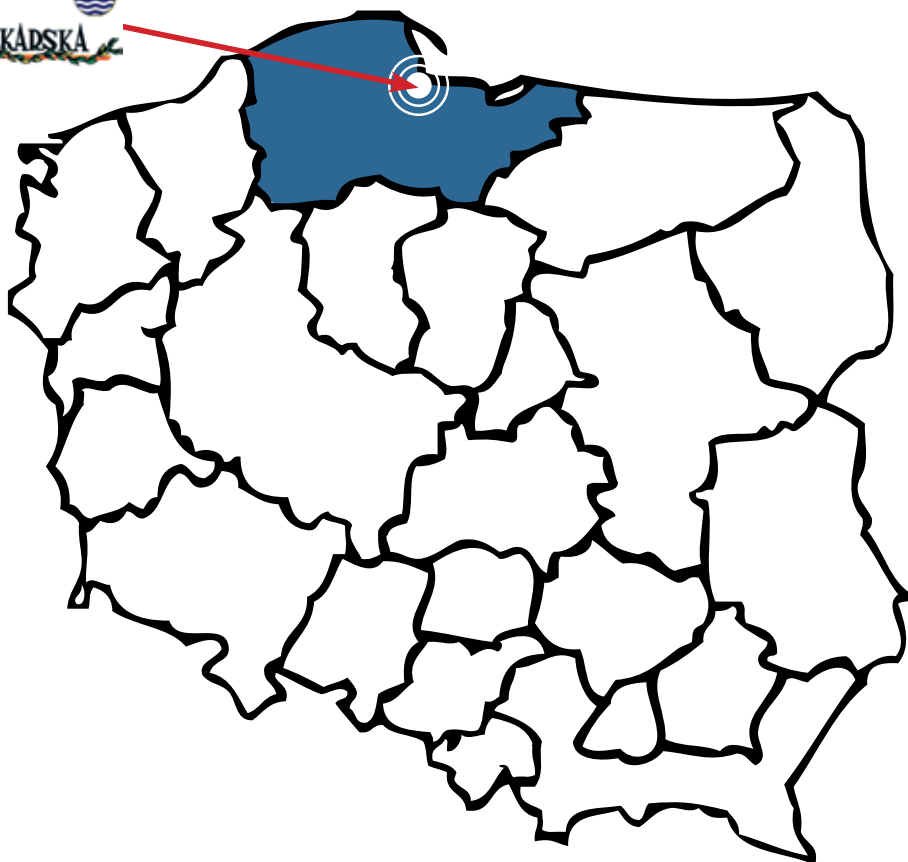
Roman Abramowicz

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej:

Joanna Skonecka

Liczba pracowników etatowych: 25

Liczba samorządowców na etacie: 0



Odchodzą w smugę cienia Zmarł prof. Stefan Włoch



1 listopada zmarł prof. zw. dr hab. n. med. Stefan Włoch. Przedstawienie w kilku akapitach wspomnień o człowieku, o którym można napisać książkę, jest zadaniem praktycznie niewykonalnym. Swoje wspomnienia i refleksje przekazali współpracownicy i uczniowie. Niektórzy zrobili to w rozmowie, inni napisali krótkie teksty, jeszcze inni dłuższe opracowania, godne samodzielnych publikacji.

Ze wszystkich wypowiedzi wyłania się sylwetka człowieka niezwykłego, o osobowości wywierającej niezatarte wrażenie na otoczeniu. Na studentach, pacjentach, po prostu na wszystkich. Źródłem tego wrażenia był wyczuwalny szacunek do drugiego człowieka. Ale uprzejme traktowanie studentów nie oznaczało w żadnym wypadku pobłażliwości dla niewiedzy czy nieodpowiedniego zachowania. Kiedy zawiodło się jego zaufanie Profesor potrafił bez krytykowania, w taki sposób dać nam do zrozumienia, co o nas myśli, że było nam po prostu wstyd.

Był człowiekiem prawym, skromnym, pogodnym, życzliwym, bardzo zaangażowanym w pracę naukowo-dydaktyczną oraz organizacyjną na uczelni. Apogeum Jego osiągnięć przypadło na okres pełnienia funkcji dyrektora Instytutu Stomatologii (1970-1992). Autentyczny autorytet i zaufanie współpracowników zdobył przez otwartość i życzliwość do wszystkich propozycji i inicjatyw zmierzających do podniesienia poziomu nauczania i leczenia. Można śmiało powiedzieć, że był blisko ideału dyrektora. Kierując Instytutem, Profesor zniósł niewidzialne bariery oddzielające pracowników poszczególnych jednostek dydaktycznych. Wszyscy mieli obowiązek uczestniczenia w zebraniach naukowych instytutu i wszyscy mieli sposobność poszerzenia ogólnej wiedzy stomatologicznej, a nie tylko ograniczyć się do swojej specjalności. Wprowadził, jako pierwszy w Polsce, zintegrowane ćwiczenia interdyscyplinarne.

Profesor reprezentował kulturę z najwyższej półki. Każdemu należy życzyć takiego szefa... Nigdy nie podnosił głosu. Nie musiał. I tak wszyscy go słuchali. Dla swoich pracowników był kimś, przy kim czuli się bezpieczni. Ze wszystkimi problemami żywymi można było do niego pójść. Motywował i namawiał do robienia specjalizacji i doktoratów. Nie była to praktyka powszechna...

Wiele osób mówiło o autorytecie Profesora. Nie był to autorytet sztuczny, taki, o który trzeba zabiegać i dopiero mozolnie go budować. Nie. To był autorytet autentyczny, jakby w naturalny sposób dany Profesorowi. Po prostu go miał. Nie dbał o robienie kariery czy zaszczyty. Niewiele jest takich postaci.

Jego wykłady były zrozumiałe i ciekawie prowadzone, bowiem Profesor był wierny zasadzie, że wykład ma być zrozumiały dla każdego, nawet dla najsłabszego studenta, dlatego zawsze sala wykładowa była wypełniona do ostatniego miejsca. Nigdy nie używał słów obraźliwych, nawet wtedy, kiedy emocje z jakiegoś powodu sięgały zenitu. Nadal pamiętamy,

jak energicznie i zdecydowanie szedł korytarzem, a lekarze, studenci i pacjenci klaniali się i uśmiechali. Miał czas przystanąć i porozmawiać, do każdego odnosił się jednakowo z szacunkiem, życzliwością, cierpliwością. Czuło się to ciepło i wielkie serce Pana Profesora.

Profesora nie mogło zabraknąć w przełomowych momentach w życiu kraju. Razem z prof. Włodzimierzem Józefowiczem został przez PTS oddelegowany do budowy izby lekarskiej. To On zorganizował pierwsze spotkanie delegatów w Sali Czarnej AM w Poznaniu. To

Jego sekretariat „zataszczył tam maszyny do pisania i powielacz na korbkę, żeby obsługiwać zjazd” – jak wspomina dr Anna Kurhańska-Flisykowska. A gdy samorząd powstał, wspierał go ze wszystkich sił. Pomagał, doradzał, przygotowywał zawsze kompetentne i pomocne opinie. Jako stały ekspert Komisji Stomatologicznej NRL aktywnie uczestniczył w jej posiedzeniach, dzielił się też swoimi przemyśleniami i analizą szkolenia przed- i podyplomowego w stomatologii na tle Europy na łamach „Gazety Lekarskiej”. Pisał m.in. że stomatologia, „Nigdy jednak nie powinna przestawać być dyscypliną medyczną opartą na osiągnięciach medycznych nauk podstawowych i klinicznych. Lekarz stomatolog na skutek dostatecznej integracji (stomatologia – pozostałe nauki medyczne) w zakresie jego szkolenia powinien zostać lekarzem i czuć się lekarzem. Sądzę, że właśnie wszystkie prawidłowo prowadzone ćwiczenia z zakresu medycznych klinicznych dyscyplin pozastomatologicznych (przy łóżku chorego) pomagają naszym absolwentom stać się lekarzem”.

Jego opinie towarzyszą nam do dziś.

Z poznańską AM był związany od studiów, które skończył w 1951 r. aż do roku 2009. Kochał turystykę. Był erudyta. Na koniec uwaga, o którą proszono, aby na pewno umieścić ją w tekście, że „prof. Stefan Włoch był twórcą poznańskiej szkoły leczenia zaburzeń czynnościowego układu stomatognatycznego i z pewnością przejdzie do historii współczesnej stomatologii. Jego metody leczenia są stosowane przez kolejne pokolenia lekarzy, stanowiąc jednocześnie inspirację do badań naukowych w postaci licznych publikacji i dysertacji”.

Odchodzą w smugę cienia Ci, dla których sprawy polskich lekarzy stomatologów były ważne. Nie ma prof. Włodzimierza Józefowicza. Ostatnio dołączył do niego Pan Profesor Stefan Włoch.

Jak zawsze jesteśmy bezradni wobec spraw ostatecznych...

PS. Bardzo dziękuję profesorom: M. Kobyłańskiej, H. Shaw, R.P. Koczorowskiemu; doktorom: P. Piotrowskiemu, M. Prylińskiemu, H. Ey-Chmielewskiej, A. Kurhańskiej-Flisykowskiej za to, że zechcieli przekazać swoje wspomnienia o prof. Stefanie Włochu. Na ich podstawie powstał ten tekst. ■



Jolanta Małmyga

Świąteczne porządki

*Nie możesz kochać domu, który nie ma swego oblicza
i w którym kroki są pozbawione sensu.*

Antoine de Saint-Exupéry

Dom. To słowo kojarzy się nam z domem rodzinnym, czyli miejscem, do którego przychodzimy nie tylko spać, ale przede wszystkim z miejscem, gdzie chcemy przebywać w gronie najbliższych, życzliwych i kochających nas ludzi. To miejsce, gdzie możemy wypocząć i przedyskutować wszystkie problemy dotyczące życia osobistego i zawodowego. To także nasz własny dom, który urządzamy tak, aby było nam w nim wygodnie, miło, bezpiecznie. Pragniemy spędzać w nim dużo czasu.

Dbamy o własne domy, sprzątamy je i upiększamy. Co roku, zgodnie z tradycją przed świętami Bożego Narodzenia, robimy świąteczne porządki i przygotowujemy się do spędzenia tych dni w spokojnym, radosnym nastroju. Przynosimy do domów i ubieramy bożonarodzeniowe drzewko. Choinka jest symbolem odradzania, życia i trwania. Zawieszamy na gałązkach różne ozdoby. Najpiękniejsze są drzewka ubierane wspólnie – przez całe rodziny, dorosłych i dzieci. Są na nich kolorowe bombki, światełka, cukierki i orzechy w srebrkach, mówiące o dobrobycie i sile. Składamy życzenia, dzieląc się opłatkiem. Dobrze, gdy w pobliżu jest gałązka jemioli – pod nią całują się nie tylko osoby zakochane, ale i skłócone, pragnące zgody i wzajemnego wybaczenia niedomówień i nieporozumień. Wszyscy chcemy wypocząć, tak jak lubimy.

Naszym wspólnym domem, bez względu na specjalizację, jest samorząd lekarski. To dom lekarzy i lekarzy dentystów. Najczęściej siedzibę izby lekarskiej odwiedzamy tylko wtedy, gdy potrzebne jest nam jakieś zaświadczenie. Często słyszy się pytanie, co mamy z izby poza płaceniem składek. Ale czy potrafimy dbać o ten nasz zawodowy dom?

Czy czekamy, aż pajak zasnuje go siecią pajęczą? Myślę, że dobre by było świąteczne odkurzenie i odświeżenie poglądów i wspólne włączenie się do poprawy wizerunku korporacji lekarskiej. Tak jak w każdej rodzinie są waśnie, spory i niesnaski, ale przecież potrafimy się porozumieć i zadbać o piękny dom. Zakupione cegły nie są jeszcze miejscem do zamieszkania. By stworzyć dom, musimy je poukładać i scalić. Musimy chcieć zbudować go wszyscy razem, w taki sposób, abyśmy zawsze chcieli do niego przychodzić i w nim przebywać. Są domy pogodne i wesołe, w których czujemy się dobrze, ale są też ponure, smutne i odpychające, do których nikt nie ma ochoty zaglądać. Wygląd każdego domu wiele mówi o jego mieszkańcach, ale dom to nie tylko mury i sprzęty. To przede wszystkim ludzie, którzy w nim mieszkają. Przypominam sobie początki tworzenia samorządu. Dominował wówczas zapał i radość tworzenia, i nie było ważne, że mamy małe i ciasne pomieszczenia, darowane stare meble, które z entuzjazmem przynosiliśmy i budowaliśmy wspólny dom. Chociaż teraz jest zdecydowanie lepiej, myślę, że nadal potrzebna jest choinka ubrana w jabłka, cukierki, orzechy, złotka i pierniki, żeby nas rozweselić i natchnąć wiarą w lepsze jutro. Zawieśmy też gałązki jemioli i złożymy sobie pod nimi świąteczne i noworoczne życzenia pogody ducha, wyrozumiałości i wytrwałości w tworzeniu wspólnego, przyjaznego dla nas wszystkich domu. Musimy wierzyć, że te życzenia się spełnią.

Wesołych Świąt i Do Siego Roku. ■

*Autorka jest wiceprezesem ORL
w Gorzowie Wlkp.*

Naszym wspólnym domem, **bez względu na specjalizację**, jest samorząd lekarski. To dom lekarzy i lekarzy dentystów.

Stroma droga do specjalizacji

Wśród społeczności lekarskiej stomatolodzy stanowią 22 proc., a tylko 21 proc. z nich ma specjalizację. Jakie perspektywy mają młodzi lekarze dentyści? Jakie są ich szanse rozwijania się w zawodzie?

To pytania, które padają najczęściej. Dane epidemiologiczne dotyczące stanu zdrowia jamy ustnej Polaków są alarmujące. Wciąż problemem jest próchnica, choroby przyzębia, zbyt wczesna utrata własnych zębów, a także późne wykrywanie stanów przedrakowych i nowotworów. Zatrważa też brak kompleksowej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą. Aby poprawić te wskaźniki trzeba leczenia stomatologicznego nie tylko na podstawowym poziomie, ale prowadzenia szeroko zakrojonej profilaktyki i leczenia specjalistycznego, a z tym jest coraz gorzej. Młodzi lekarze dentyści są chętni, by się specjalizować. Chcą też związać swoją karierę zawodową z otwarciem własnej praktyki lekarskiej, którą pragną rozwijać. Z formalnego punktu widzenia nie ma ku temu przeszkód.

Bez perspektyw

Są jednak bariery systemowe, które trudno pokonać. Ilość miejsc specjalizacyjnych jest ograniczona, za mało jest jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Nie ma też jednolitego systemu finansowania specjalizacji lekarskich w dziedzinie stomatologii. Obowiązujący w Polsce model kształcenia specjalizacyjnego w żadnym razie nie odpowiada potrzebom stomatologów. Agnieszka

Ruchała-Tyszler ze Szczecina, członek Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, uważa, że system ten należy jak najszybciej zmienić, ponieważ zła sytuacja, w jakiej znaleźli się młodzi lekarze dentyści pragnący robić specjalizację, pogłębia się. Jednym z najbardziej drastycznych ograniczeń jest brak miejsc posiadających akredytację, gdzie mogliby się specjalizować. Najlepszym rozwiązaniem byłoby „zaczepienie” się w dużej, państwowej jednostce, np. w instytucie stomatologii, ale te są tylko w dużych miastach przy uczelniach medycznych i jest tam zaledwie kilka miejsc akredytacyjnych. Chętni, by się specjalizować, mogą skorzystać ze studiów doktoranckich, ale to także dotyczy nielicznych. Większość stomatologów pozostaje na tzw. wolnym rynku usług i mają oni niewielkie szanse, by znaleźć miejsce, gdzie będą mogli się specjalizować. W przeszłości istniały wojewódzkie przychodnie, które były alternatywą dla instytutów stomatologii czy klinik funkcjonujących przy uczelniach.

System jest niespójny

Zasady odbywania szkolenia specjalizacyjnego określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2005 r. Według tego rozporządzenia lekarz dentysta po zakończeniu stażu dyplomowego i zdaniu LDEP ma prawo starać się o otwarcie specjalizacji, którą odbywa pod opieką kierownika specjalizacji. Może on prowadzić jednocześnie specjalizację nie więcej niż 3 lekarzy oraz dodatkowo kierować stażem kierunkowym nie więcej niż 2 lekarzy. Ustala też roczne, szczegółowe plany specjalizacji oraz miejsca odbywania staży kierunkowych. Dowodem odbycia stażów jest karta szkolenia specjalizacyjnego oraz indeks wykonywanych zabiegów i procedur medycznych, potwierdzone przez kierownika specjalizacji. Wymogi stawiane prowadzącym specjalizację są dostosowane do dużych, uczelnianych jednostek, indywidualne praktyki lekarskie (prywatne gabinety, kliniki, przychodnie) nie są im w stanie sprostać, nie chcą więc podejmować się tego zadania.

– System jest niespójny, prawo zezwala na prowadzenie specjalizacji w gabinetach, ale wniosek akredytacyjny jest tak sformułowany, że automatycznie stawia je na pozycji straconej wśród ośrodków starających się o akredytację. Nie ma też żadnej materialnej zachęty dla prowadzących specjalizację, a przecież szkółcą młodego lekarza, prowadzący nie tylko ponosi odpowiedzialność za poziom jego wykształcenia, ale także ponosi koszty, dając własne materiały i sprzęt – tłumaczy Agnieszka Ruchała-Tyszler. System nie zapewnia też równego dostępu do miejsc, gdzie młodzi lekarze mogą się specjalizować (przewaga ośrodków przy uczelniach nad indywidualnymi praktykami).

Co dalej, lekarzu dentysto?

Lekarze najczęściej wybierają specjalizację z ortodoncji i protetyki. Jeśli decydują się na chirurgię twarzowo-szczękową, to z ukierunkowaniem na implantologię. Mniej oblegane są specjalizacje ze stomatologii dziecięcej, która obecnie z uwagi na małe zainteresowanie jest wpisana jako specjalizacja priorytetowa, a także stomatologia zachowawcza z endodoncją czy periodontologią. Lekarze dentyści mogą odbywać specjalizację w trybie rezydentkim i pozarezydentkim, ale rezydentur jest tak mało, że obecnie nieliczni z nich korzystają. Za rezydenturę płaci Minister Zdrowia. Z trybu pozarezydentckiego najczęstszym jest wolontariat, więc specjalizujący w jednym ośrodku specjalizują się, w innym zarabiają na utrzymanie. Małgorzata Jurecka z Łodzi chce rozpocząć specjalizację z ortodoncji, ale w mieście, w którym mieszka i gdzie kończyła studia (Uniwersytet Medyczny w Łodzi), nie ma takiej możliwości. Mimo że legitymuje się najlepszym wynikiem na studiach i najlepiej zdała LDEP, zarówno rezydentura, jak i pozostanie na uczelni okazały się nierealne. Jest jednak zdesperowana w swoim wyborze i wkrótce rozpocznie specjalizację w ośrodku na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Musi jednak na czas specjalizacji wyprowadzić się z Łodzi i gdyby nie pomoc rodziców, jej marzenia o ortodoncji spełzyłyby

Lekarze najczęściej wybierają specjalizację z **ortodoncji i protetyki**. Jeśli decydują się na chirurgię twarzowo-szczękową, to z ukierunkowaniem na implantologię.

na niczym. Szkolenie specjalizacyjne trwa 3-4 lata, w chirurgii twarzowo-szczękowej 6 lat. Obserwuje się, że coraz mniej osób decyduje się na rozpoczęcie specjalizacji zaraz po studiach i zdanym egzaminie LDEP. Nie mając zaplecza finansowego od rodziny, muszą najpierw pracować, by odłożyć pieniądze na ten cel. Wielu stomatologów przystępuje więc do specjalizacji dopiero ok. 40 roku życia. Tego rodzaju problem wielokrotnie był podnoszony na posiedzeniach Komisji Stomatologicznej NRL. Istnieje obawa, że powstanie luka pokoleniowa. Agnieszka Kupriański z Olsztyna jeszcze nie podjęła decyzji o specjalizacji. Jeśli się zdecyduje, wybierze stomatologię dziecięcą pod warunkiem, że uda jej się zakwalifikować na miejsce rezydentkie. – Takich miejsc jest niewiele, można je policzyć na palcach, pozostaje więc wolontariat, na który mnie nie stać, lub równoczesne robienie specjalizacji i normalna praca, a to jest trudne do pogodzenia z życiem rodzinnym – tłumaczy. Piotr Borowy z Olsztyna chce się specjalizować w chirurgii stomatologicznej, ale w województwie warmiń-

sko-mazurskim nie było ani jednego miejsca rezydentkiego, o które mógłby się starać, a w sąsiednim województwie pomorskim była jedna rezydentura i kilkoro kandydatów. – W tej sytuacji rozważam wyjazd za granicę i otwarcie specjalizacji poza Polską – mówi.

Wiedza poparta praktyką

Za kilka lat obecną kadrę stomatologów specjalistów zastąpią młodzi lekarze dentyści. Czy będzie ich wystarczająca liczba, aby wypełnić lukę pokoleniową? Czy będą dostatecznie wykształceni w swoich specjalnościach, aby zabezpieczyć potrzeby zdrowotne społeczeństwa? Agnieszka Ruchała-Tyszler, członek Komisji Stomatologicznej NRL, jest zdania, że studia dają podstawową wiedzę teoretyczną i praktyczną. Kursy doskonalące organizowane – czy w ramach kształcenia ustawicznego, czy przez firmy prywatne – nawet jeśli są na dobrym poziomie, są jedynie jej fragmentarycznym uzupełnieniem, czasem bez wizji całości zagadnienia. Tylko specjalizacja gwarantuje kompleksowe

poszerzenie wiedzy nie tylko teoretycznej, ale i praktycznej. Trzeba więc zrobić wszystko, aby specjalizowało się jak najwięcej młodych lekarzy dentyistów. Najlepiej zaraz po studiach i egzaminach wymaganych do kwalifikacji. Lekarze w tym wieku są najbardziej otwarci na wiedzę, nie mają też jeszcze obciążeń rodzinnych. W Polsce doszło do paradoksu. Fatalny system szkoleń specjalizacyjnych doprowadził do tego, że przy super nowoczesnych unitach może zabraknąć specjalistów. Rozwiązanie: trzeba zrobić wszystko, aby do systemu włączyć indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie, wnioski akredytacyjne dostosować do realiów, wykorzystując fakt, że wiele gabinetów jest obecnie lepiej wyposażonych niż niektóre kliniki. Należy też nadać właściwą rangę kierownikom specjalizacji, ustalając odpowiednie stawki za ich pracę. Wymaga to zmiany mentalności decydentów, wśród których pokutuje przekonanie, że indywidualne praktyki nie udźwigną tego problemu. Potrzeba więc nie tylko uprościć wnioski akredytacyjne, ale zyskać ich przychyłność. ■

Odpowiedzialność i dylematy

Obowiązek stosowania aktualnej wiedzy medycznej jako wyprzedzający stosowanie przepisów prawa czy opinii towarzystw naukowych.

Lekarze niejednokrotnie stają przed koniecznością dokonania wyboru metody leczenia, która jest im sugerowana przez różne standardy, rekomendacje, wytyczne czy zalecenia towarzystw lub kół naukowych, a niekiedy także przez przepisy prawa.

Na tle sprawy, jaka pojawiła się przed Sądem Najwyższym, dotyczącej odmowy refundacji za leczenie, zostało wyrażone istotne zapatrywanie co do zasad, którymi lekarz w pierwszej kolejności powinien kierować się podczas leczenia pacjenta (orzeczenie SN z dnia 2 grudnia 2011 r. sygn. III CSK 76/11). Wyrok zapadł na kanwie sprawy o zapłatę za wykonane świadczenia medyczne z powództwa Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – Małopolskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu w Krakowie. Szpital wykonał zabiegi angiografii subtrakcyjnej (DSA) przez nakłucia dożylnie. Natomiast zgodnie z obowiązującym wówczas § 11 ust. 3 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego (Dz. U. Nr 194, poz. 1625), podczas diagnostycznych badań za pomocą angiografu pracującego w technice cyfrowej angiografii subtrakcyjnej należało badanie wykonać techniką Seldingera poprzez przeszłone nakłucie tętnicy. W związku z czym NFZ – MOW odmówił zapłacenia szpitalowi za te zabiegi, ponieważ nie były one dopuszczone przez wskazane rozporządzenie. Szpital wykazywał, iż wykonał zabiegi przez nakłucia dożylnie wobec pacjentów, u których uzasadnione to było wskazaniami medycznymi, a więc kierując się dobrem pacjentów. Dodatkowo powołani w sprawie biegli wykazali trzy wymagane przesłanki angiografii subtrakcyjnej: akwizycja cyfrowa, angiografia i wymazanie tła.

Sąd Najwyższy podzielił pogląd sądu pierwszej instancji, iż podstawowe znaczenie ma wiedza medyczna, a nie niezgodność z rozporządzeniem. Sąd wskazał, iż przepisy rozporządzenia, określając warunki bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego, nie mogą być jedyną przesłanką wyboru metody badania w konkretnym wypadku, jeśli wzgląd na stan zdrowia pacjenta wymaga zastosowania nakłucia dożylnego, zamiast tętniczego. Dodatkowo sąd uznał, że naruszenie przez szpital przepisów rozporządzenia nie może zostać uznane za samoistne naruszenie postanowień umowy zawartej między stronami.

Należy w całej rozciągłości zgodzić się z zaprezentowanym stanowiskiem Sądu Najwyższego. Wychodzi ono naprzeciw nie tylko dobru pacjenta, ale równocześnie umożliwia lekarzowi przy udzielaniu świadczeń medycznych, kierowanie się przede wszystkim wiedzą medyczną, a nie przepisami czy innymi regulacjami.

Teoria i rzeczywistość

Truizmem jest powiedzenie, iż obowiązkiem lekarza jest działanie zgodne z wiedzą medyczną, choć pozwany NFZ MOW w ogóle tego nie uwzględnił. Bardziej skomplikowana jest odpowiedź na pytanie, czym jest aktualna wiedza medyczna, kto ją wyznacza, czy istnieją jakieś standardy (wytyczne) postępowania dla lekarza i czy one bezwzględnie wiążą.

Jednym z podstawowych obowiązków, zgodnie z którym lekarz ma wykonywać zawód medyczny, jest znajomość i stosowanie aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania (art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarz dentysty, art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 4 i 6 Kodeksu

Etyki Lekarskiej). Ponadto każdy świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych leczonym przez niego świadczeniobiorcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz aktualnym stanem wiedzy medycznej (§ 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz.U. Nr 81, poz. 484). Postępowanie lekarza, aby było zgodne z prawem, tzw. lege artis, musi odpowiadać wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Pojęcie aktualnej wiedzy medycznej

Współczesne tempo rozwoju naukowo-technicznego powoduje, że wiedza uzyskana jeszcze kilka lat temu, traci na aktualności. Koniecznością jest zatem, aby osoby wykonujące zawody medyczne przez cały okres aktywności zawodowej ustawicznie doskonaliły swoje umiejętności zawodowe w celu odnawiania, rozszerzania i pogłębiania posiadanych kwalifikacji ogólnych i zawodowych (art. 56 ust. 1 KEL).

Często nie istnieje jedna wiedza dotycząca określonego przypadku chorobowego. Związane jest to z bardzo szybkim rozwojem medycyny, a nowe techniki są szybko zarzucane, ponieważ pojawiają się kolejne. Tym samym nie ma stałych i niezmiennych reguł postępowania medycznego. Nierzadko w tym samym czasie, istnieją w środowisku medycznym szkoły reprezentujące odmienne stanowiska dotyczące sposobu postępowania w takich samych przypadkach, a nawet kardynalnych zasad. Dlatego słuszny wydaje się pogląd opowiadający się za uznaniem co do zasady równości wszelkich reprezentowanych w nauce kierunków i umożliwieniem pacjentowi wyboru jednej z nich, po dokładnym

omówieniu alternatywnych metod i ich konsekwencji. Uznając zasadę równości pomiędzy różnymi poglądami występującymi w naukach medycznych reprezentowanymi przez miarodajne towarzystwa naukowe, ostatecznie to pacjent decyduje, którą metodę wybierze, a lekarz ma obowiązek poinformować o tych alternatywnych możliwościach, nawet gdy są one dla lekarza niedostępne.

Cele tworzenia standardów czy rekomendacji przez towarzystwa medyczne i ich stosowanie przez lekarza

Z jednej strony standardy, rekomendacje, zalecenia są wprowadzane, aby pomóc lekarzom ze względu na wiele codziennie ukazujących się nowych badań. Reguły postępowania w danym schorzeniu czy stanie pacjenta mogą przybrać postać standardów, rekomendacji, wytycznych, wskazówek, zaleceń etc. Mogą obejmować postępowanie w zakresie metod diagnostycznych (zalecenia co do rodzaju badań, częstotści ich wykonywania), metod leczniczych (zalecenia stosowania leków i dawek, metod nefarmakologicznych, w tym interwencji chirurgicznych), metod zapobiegawczych (programy profilaktyczne) oraz wskazania co do kontroli procesu leczenia (badania kontrolne). Mają one na celu zapewnienie pacjentowi odpowiedniego poziomu i jakości świadczeń medycznych.

Z drugiej strony celem tworzenia standardów, wytycznych czy zaleceń jest ujednolicenie sposobu leczenia danego schorzenia i niestosowania różnych technologii w różnych leczących ośrodkach ze względu na nienarażanie pacjentów na niepotrzebne interwencje medyczne a leczących na niepotrzebne koszty. Często konieczne jest jednak zróżnicowanie technologii działań podejmowanych wobec pacjentów z tymi samymi problemami zdrowotnymi ze względu na schorzenia towarzyszące, sytuację pacjenta, dostępność poszczególnych technologii, doświadczenia udzielających świadczeń etc. Jednak nie istnieje możliwość jednego, niezmiennego i ścisłego skatalogowania metod postępowania, gdyż za rok czy dwa mogą one okazać się już nieaktualne.

Funkcją standardów jest ułatwienie pracy lekarzowi oraz zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa prawnego. W sytuacjach typowych zastosowanie przez lekarza standardów zapewnia ocenę jego postępowania z punktu widzenia prawnego, jako prawidłowego. Zakłada się, że standardy czy rekomendacje mają być narzędziem pomocnym w procesie podejmowania decyzji o wyborze świadcze-

nia zdrowotnego, ale nie powinny być bezwzględnie obowiązującym ograniczeniem.

Na lekarzu spoczywa decyzja, jaka metoda leczenia jest właściwa w danym przypadku, gdy dobiera ją do indywidualnego stanu, w którym znajduje się dany pacjent i jego potrzeb (art. 6 KEL, art. 4 u.o.z.l.). Jeśli istnieją inne metody, lekarz musi poinformować o tym pacjenta, dając mu możliwość wyboru.

Przedmiotowe rekomendacje czy standardy nie wiążą bezwzględnie lekarza, ponieważ stanowią one tylko opinię danego towarzystwa oraz pewną pomoc w leczeniu dla lekarza, dając możliwość wyboru postępowania w zależności od opinii leczącego. Oczywiście, im będą opar-

te na mocniejszych dowodach naukowych, tym bardziej będą stosowane przez lekarza.

Również standardy przybierające charakter aktu normatywnego (rozporządzenia) wyznaczając pewne minimum postępowania przy udzielaniu świadczeń medycznych, nie mogą ograniczać lekarza i zwalniać od stosowania właściwej metody w odniesieniu do indywidualnych potrzeb pacjenta (wskazania medyczne). Nigdy nie powinny stwarzać ograniczenia w wyborze metody leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Standardy i inne regulacje nie zwalniają lekarza od nieustannego kształcenia i pogłębiania zdobytej wiedzy. ■

Autorka jest adwokatem w Krakowie, specjalizuje się w prawie medycznym.

reklama

Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków

Wyniki ogólnopolskiego badania opinii lekarzy i lekarzy dentyków – część 3

W numerach 7-8/2012 oraz 9/2012 „GL” przedstawialiśmy wyniki ogólnopolskiego badania dotyczącego opinii lekarzy na temat rozwoju zawodowego. W obecnym numerze prezentujemy ich ostatnią część.

63% lekarzy uważa, że poświęcili „bardzo dużo” lub „dość dużo” czasu na doskonalenie zawodowe w ciągu ostatnich 4 lat (Ryc. 1). Według opinii respondentów najwięcej czasu na doskonalenie zawodowe poświęcają lekarze w wieku 36-50 lat.

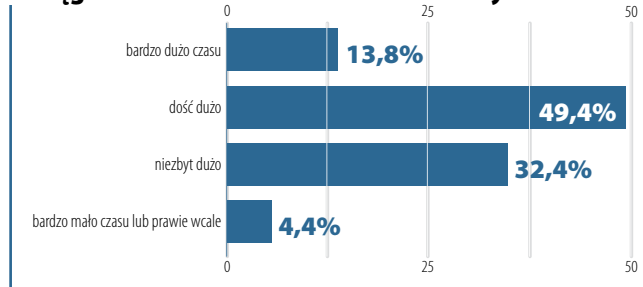
Co trzeci ankieter deklaruje, że na doskonalenie zawodowe przeznaczył powyżej 5 tys. zł w ciągu ostatnich 4 lat. Ponad połowa badanych lekarzy ocenia własne wydatki na doskonalenie zawodowe jako „bardzo wysokie” lub „dość wysokie” w stosunku do swoich dochodów (64%). Jako najwyższe wydatki te oceniają najmłodszy lekarze (Ryc. 2). W ciągu ostatnich 5 lat tylko 37% respondentów zdobyło certyfikaty umiejętności, ale w tej grupie jedna osoba uzyskała ich **średnio 7**. Interesujące jest to, że uzyskanie certyfikatów umiejętności nie różnicuje lekarzy w zależności od wielkości miejsca zamieszkania, natomiast częściej są one uzyskiwane przez lekarzy dentyków (Ryc. 3). W ciągu ostatnich 5 lat respondenci przeznaczyli na nie średnio 6650 zł.

Zdaniem lekarzy deficytowymi specjalizacjami są onkologia kliniczna i pediatria. Natomiast lekarze dentyści jako deficytowe specjalizacje wskazują ortodencję i periodontologię. Za specjalizację nadmiarową uważane są przez lekarzy choroby wewnętrzne, ale co piąty ankieter twierdzi, że nie ma nadmiaru specjalistów. Zdaniem lekarzy dentyków specjalizacją nadmiarową jest stomatologia zachowawcza z endodoncją, jednocześnie co trzeci badany lekarz dentysta uważa, że nie ma nadmiaru specjalistów. Gdyby obecnie trzeba było rozpocząć specjalizację, większość lekarzy wybrałaby pediatrię lub kardiologię, natomiast lekarze dentyści – ortodencję lub protetykę stomatologiczną.

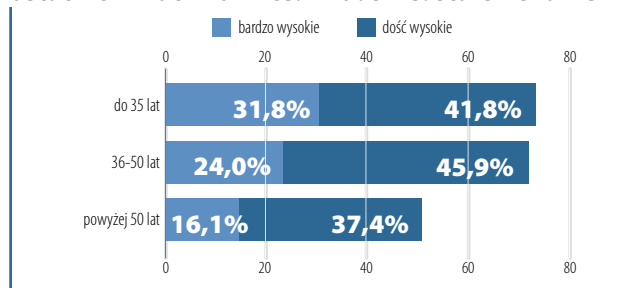
Lekarze pesymistycznie oceniają obecne możliwości uzyskania specjalizacji w preferowanej przez siebie dziedzinie. **Łącznie aż 68% badanych ocenia te możliwości jako niezbyt duże lub wręcz bardzo małe.**

Zdaniem prawie wszystkich badanych (96%) uzyskanie specjalizacji jest równoznaczne z większymi szansami zdobycia do-

Czas poświęcony na doskonalenie zawodowe w ciągu ostatnich 4 lat – w ocenie lekarzy Ryc. 1



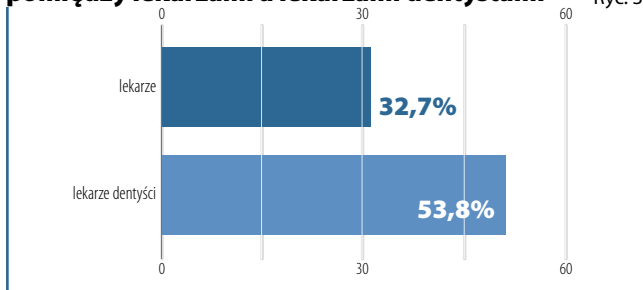
Wydatki na doskonalenie zawodowe w ciągu ostatnich 4 lat – różnice: młodzi vs. starsi lekarze Ryc. 2



datkowej pracy. Zdecydowana większość uważa, że zdobycie specjalizacji to również wyższa pozycja w środowisku, możliwość zmiany pracy na bardziej korzystną czy możliwość awansu (Ryc. 4). 59% lekarzy uważa, że placówki publiczne sprzyjają możliwości doskonalenia zawodowego.

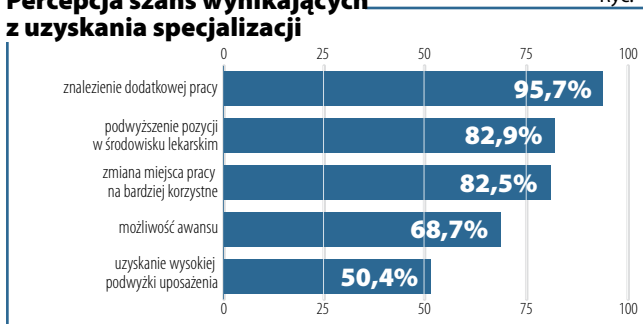
Certyfikaty zdobyte w ciągu ostatnich 5 lat – różnice pomiędzy lekarzami a lekarzami dentystami

Ryc. 3



Percepcja szans wynikających z uzyskania specjalizacji

Ryc. 4



Badanie wykazało sporo rozbieżności w postawach lekarzy młodszych i starszych wobec doskonalenia zawodowego. Młodszy lekarze niżej oceniają uzyskiwanie specjalizacji, zaś wyżej certyfikaty. Niżej oceniają przydatność doskonalenia zawodowego prowadzonego przez towarzystwa naukowe i uczelnie medyczne, bardziej oczekują skrócenia czasu kształcenia specjalistycznego i ułatwienia egzaminów specjalizacyjnych.

Pełne wyniki są dostępne pod adresem <http://www.nil.org.pl/dzialalnosc/orodek-studiow,-analiz-i-informacji/raport-mozliwosci-i-bariery-rozwoju-zawodowego-lekarzy-i-lekarzy-dentystow>.

Na zakończenie należy ponownie podkreślić, że badanie było reprezentatywne dla naszego środowiska, a więc wyrażane przez respondentów opinie dobrze odzwierciedlają opinie wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów. Szczególną uwagę należałoby zwrócić na problemy związane ze szkoleniem specjalizacyjnym, gdyż zapotrzebowanie na specjalistów na pewno będzie coraz większe i stale będą rosły oczekiwania co do jakości udzielanych przez nich świadczeń.

Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL planuje przeprowadzenie kolejnych badań opinii naszego środowiska i korzystając z okazji apelujemy do Koleżanek i Kolegów, którzy otrzymają zaproszenie, o wzięcie udziału w naszych badaniach. Oczekujemy także na propozycje tematów badań, które uważają Państwo za najciekawsze i najważniejsze. ■

Nobel za odwrócenie biologicznego zegara

Tegoroczną Nagrodę Nobla z dziedziny medycyny lub fizjologii otrzymali John B. Gurdon z Wielkiej Brytanii i Shinya Yamanaka z Japonii za odkrycie, że dorosłe komórki mogą odzyskać młodość i uzyskać nowy potencjał rozwojowy.

Każdy z nas pochodzi z zapłodnionej komórki jajowej, czyli zygoty. Zarówno zygota, jak i pierwsze komórki powstające z jej podziałów, zwane blastomerami, są totipotencjalne. To znaczy, że potrafią wszystko, a więc mogą rozwinąć się w dowolny typ komórek samego zarodka, jak i elementy łożyska. W trakcie dalszego rozwoju komórki zarodka zaczynają się między sobą różnić. Z komórek tzw. węzła zarodkowego utworzą się dalsze struktury zarodka, a komórki położone peryferyjnie dadzą trofoblast i części łożyska.

Komórki węzła zarodkowego nie są już „toti-” lecz „pluripotencjalne”. Potrafią więc nieco mniej niż zygota czy blastomery, ale ich losy są nadal otwarte. Mogą przekształcić się w dowolną komórkę: nerwową, mięśniową czy nabłonkową, a także w komórki płciowe obu płci.

W trakcie dalszego rozwoju zarodkowego losy poszczególnych komórek stają się coraz bardziej zdeterminowane, w efekcie tracą one ową pluripotencjalność. Większość przekształca się w pełni zróżnicowane struktury wchodzące w skład mięśni czy nerwów, zaś niewielka ich część zachowuje ciągle pewien potencjał rozwojowy służąc jako źródło nowych komórek np. w szpiku kostnym, jelicie czy skórze (nazywamy je komórkami macierzystymi). Dorosłe, zróżnicowane już komórki wykazują niezwykle stabilność. Żadna z nich nie przekształca się w inny typ komórki, żadna nie cofa się też do stanu sprzed różnicowania. I stąd właśnie wziął się jeden z centralnych dogmatów biologii, że zegara biologicznego nie da się cofnąć, a różnicowania komórek nie sposób odwrócić.

Wybitny angielski biolog, Conrad Hal Waddington, przedstawiał proces różnicowania następująco. Totipotencjalna zygota znajduje się na szczycie góry, a potem powstające z niej komórki schodzą w dół, w poszczególne doliny. Nie mogą się one wspinać z powrotem, nie mogą też kontaktować się między sobą. W efekcie u podnóża góry, u wylotu dolin, pojawiają się różne dorosłe komórki.

Pierwszy z laureatów

Pomimo istnienia wspomnianego dogmatu nie porzucono myśli, że warto sprawdzić, czy obowiązuje on w każdych warunkach. Hans Spemann, noblista z roku 1935, wymyślił, że dobrą metodą byłoby wyjęcie jądra z dorosłej komórki i zastąpienie go jądrem komórki niezróżnicowanej. Pomysł ów zrealizowali 17 lat później Robert Briggs i Thomas King, pracując na komórkach żaby *Rana pipiens*. Płyzy wyjątkowo dobrze nadawały się do tego typu eksperymentów z racji sporych rozmiarów komórek jajowych, a także dlatego, że rozwój zarodka odbywa się poza organizmem matki. Naukowcy przenosili jądra z komórek zarodka żaby do komórek jajowych i wykazali, że hodując dalej takie hybrydy, są w stanie uzyskać kijanki. Jakiegokolwiek jednak próby z jądrami komórek zróżnicowanych paliły na panewce. W efekcie dogmat o niemożności odwrócenia różnicowania obowiązywał dalej.

To właśnie w tym momencie na scenę wchodzi pierwszy tegoroczny noblista John B. Gurdon. Jego nauczyciel ze słynnego Eton College odradzał mu studiowanie biologii, pisząc: „Wydaje mi się, że Gurdon nosi się z pomysłem, by zostać naukowcem. Zważywszy na to, co obecnie prezentuje, to dość absurdalne. Jeżeli nie potrafi nauczyć się prostych biologicznych faktów, nie będzie miał szans zostać specjalistą i będzie to czysta strata czasu, zarówno dla niego, jak i dla tych, którzy go będą uczyć”.

Gurdon zdecydował się użyć do doświadczeń komórek innego płaza – żaby szponiastej (*Xenopus laevis*). W kluczowym eksperymencie z 1962 r. najpierw zniszczył jądra komórek jajowych za pomocą promieniowania ultrafioletowego. Następnie wprowadził w ich miejsce jądra ze zróżnicowanych komórek nabłonka jelitowego kijanki i z zadowoleniem stwierdził, że ze zrekonstruowanych w ten sposób niektórych jaj wyrastają żywe kijanki. A zatem zróżnicowana komórka jest w stanie powrócić do stanu pluripotencji!

Sporo czasu upłynęło, zanim społecz-

ność naukowa uznała odkrycie Gurdona. Tymczasem zaowocowało ono powstaniem nowej dziedziny badań nad tzw. transferem jąder somatycznych. Wiele lat później dzięki tej udoskonalonej w międzyczasie technice udało się sklonować owcę Dolly, a następnie wiele innych ssaków, m.in. myszy, psy, konie, krowy, świnię.

Drugi noblista

Gurdon udowodnił, że jądro komórkowe pochodzące ze zróżnicowanej komórki jest w stanie pokierować rozwojem zarodkowym od początku. Nadal jednak pozostawało pytanie, czy można tego dokonać w inny, mniej drastyczny sposób, niż zamiana całych jąder komórkowych. Odpowiedzi na to pytanie udzielił drugi tegoroczny noblista – Shinya Yamanaka.

Yamanaka zainteresował się tzw. pluripotencjalnymi zarodkowymi macierzystymi komórkami wyhodowanymi po raz pierwszy i scharakteryzowanymi przez innego noblistę – Martina Evansa (Nobel z 2007 r.). Japończyk próbował ustalić, które z kierujących aktywnością genów czynników transkrypcyjnych są odpowiedzialne za utrzymanie macierzystych komórek zarodkowych w stanie pluripotencji z zamiarem, by za ich pomocą spróbować „odmłodzić” zróżnicowane komórki myszy. Początkowo wyselekcjonował 24 takie czynniki i przekonał się, że działają one jak prawdziwy eliksir młodości. Następnie eliminował jeden po drugim wspomniane czynniki transkrypcyjne, by ostatecznie przekonać się, że wystarczy kombinacja zaledwie czterech z nich: Myc, Oct3/4, Sox 2 i Klf4 – by przemienić mysie fibroblasty w pluripotencjalne komórki. Nazwano je indukowanymi pluripotencjalnymi komórkami macierzystymi (induced Pluripotent Stem Cells, w skrócie iPS-y). Wykazano też, że można wyhodować z nich najróżniejsze komórki budujące ciało myszy.

Rok później Yamanaka, a także niezależnie od niego inny badacz, James Thomson, wyprodukowali po raz pierwszy ludzkie iPS-y.

BIULETYN

Nr 7 (145) Rok XXIII Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, XII 2012

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL - 26 października 2012 roku

UCHWAŁA Nr 20/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 października 2012 r.

w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2013

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 2013:
22 lutego, 26 kwietnia, 24 maja, 21 czerwca, 6 września, 25 października, 20 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 21/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 października 2012 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:
1) przepisu art. 45 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.) z art. 92 ust. 1 Konstytucji RP,
2) przepisów § 6 ust. 1 pkt 6 lit. c oraz § 6 ust. 1 pkt. 7 lit. e rozporządzenia z dnia 8 marca 2012 r. Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich (Dz. U. poz. 260) z art. 45 ust. 5 w zw. z ust. 2a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.) oraz z art. 92 ust. 1 Konstytucji RP.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do wniesienia wniosku, o którym mowa w § 1, do Trybunału Konstytucyjnego oraz 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 22/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 października 2012 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:

- 1) art. 154 ust. 4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) z art. 2 i 78 Konstytucji RP,
- 2) zarządzenia Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z art. 134 ust. 1 oraz art. 140 ust. 2 pkt 1 i art. 142 ust. 1 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z art. 142 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 72 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.),
- 3) zarządzenia Nr 49/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniami Nr 82/2010/DSOZ z dnia 17 grudnia 2010 r. oraz Nr 14/2011/DSOZ z dnia 14 marca 2011 r., z art. 140 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 4) procedury nr 2011/001/BO/KONTR/5.9 konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązującej w Narodowym Funduszu Zdrowia na podstawie pisma CF/DSOZ/KAC/2011/075/1899/W/24202, z art. 142 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 72 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny.

§ 2.

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

§ 3.

Uchylić uchwałę nr 17/12/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 7 września 2012 r. w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 23/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 października 2012 r.

w sprawie zwołania XII Krajowego Zjazdu Lekarzy

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

§ 1.

Zwołuje się XII Krajowy Zjazd Lekarzy, zwany dalej „Zjazdem”, w dniach 20-22 marca 2014 r. w Warszawie.

§ 2.
Zorganizowanie Zjazdu powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 3.
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

**Stanowisko Nr 11/12/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 26 października 2012 r.**

w sprawie projektu założeń do projektu ustawy o biegłych sądowych

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu projektu założeń do ustawy o biegłych sądowych przekazanej przy piśmie Pana Wojciecha Hajduka, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości z dnia 8 października 2012 r., znak: DPrC-464-2/12/20, przekazuje następującą uwagę:

Obecna regulacja prawna dotycząca biegłych sądowych wymaga interwencji ustawowej, ponieważ przepisy pochodzące z minionej epoki społeczno – gospodarczej nie odpowiadają roli jaką w procesie stosowania prawa należy przypisać biegłemu sądowemu. Naczelna Rada Lekarska podziela pogląd, że zasady powoływania, tryb pracy i kwestie wynagradzania biegłych sądowych powinny być uregulowane w jednym akcie prawnym rangi ustawowej. Punktem wyjścia przy tworzeniu ustawy o biegłych sądowych powinno być założenie, że tylko opinia sporządzona przez biegłego posiadającego wysokie kwalifikacje, duże doświadczenie zawodowe i autorytet w środowisku medycznym jest gwarancją, że wydane na podstawie takiej opinii orzeczenie będzie sprawiedliwie rozstrzygało spór sądowy. Projekt założeń ustawy o biegłych sądowych budzi następujące zastrzeżenia samorządu zawodowego lekarzy.

1. Zwiększenie wynagrodzenia biegłych

Deklarowane przez projektodawcę zwiększenie nakładów na wynagrodzenia biegłych sądowych Rada ocenia jako krok w dobrym kierunku, uważa jednak, że zwiększenie wynagrodzenia biegłego do kwoty około 25 złotych za godzinę pracy nie zachęci najwyższej klasy specjalistów w zakresie medycyny do ubiegania się o wpis na listę biegłych sądowych. Oznacza to, że – mimo zwiększenia nakładów – podstawowy cel ustawy, jakim jest pozyskanie ekspertów z określonej dziedziny, nie zostanie osiągnięty.

2. Zasady wynagradzania biegłych z zakresu medycyny

Naczelna Rada Lekarska stanowczo sprzeciwia się ustanawianiu odmiennych zasad wynagrodzenia biegłych sądowych z zakresu medycyny. Projekt założeń ustawy przewiduje, że wynagrodzenie biegłych sądowych będzie obliczane na podstawie stawki godzinowej, z wyłączeniem biegłych z zakresu medycyny, dla których mają zostać utrzymane zamknięte widełki wynagrodzenia za sporządzenie „rutynowych, powtarzalnych czynności z zakresu medycyny”. Przyjęcie takiego modelu wynagradzania oznacza, że w przypadku biegłych z zakresu medycyny wzrostowi nakładu pracy na wydanie opinii nie będzie towarzyszył wzrost wynagrodzenia. Zaproponowane rozwiązanie jest z założenia wadliwe i narusza konstytucyjnie zagwarantowaną zasadę równości podmiotów w zakresie ochrony praw majątkowych, zwrócił na to uwagę Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 9 maja 2012 r., sygn. akt SK 24/11 wskazując, że czynności wykonywane przez biegłych z zakresu medycyny winny być wynagradzane na podstawie systemu ogólnego jakim jest system godzinowy.

Rada nie znajduje żadnego uzasadnienia dla rozwiązania, w którym lekarze pełniący funkcję biegłych sądowych mają otrzymywać wynagrodzenie według z góry oznaczonej taryfy, podczas gdy biegli sądowi z pozostałych dziedzin będą otrzymywać wynagrodzenie obliczane według stawki godzinowej.

Z treści projektu wynika, że wynagrodzenie biegłego z zakresu medycyny ma mieć charakter ryczałtowy, ponieważ praca biegłego z zakresu medycyny ma „rutynowy i powtarzalny” charakter. Samorząd lekarski protestuje przeciwko kwalifikowaniu pracy biegłych sądowych z zakresu medycyny jako rutynowej czy powtarzalnej i – w związku z tym – nie zasługującej na wynagrodzenie według rzeczywistego czasu poświęconego na przygotowanie opinii. Praca biegłego sądowego z zakresu medycyny jest pracą ekspercką, tak samo jak praca biegłych z pozostałych dziedzin nauki. Lekarz, który wydaje opinię na potrzeby postępowania sądowego, musi włożyć w to całą zdobytą wiedzę i doświadczenie zawodowe, uwzględniając okoliczności konkretnego przypadku, nierzadko będąc zobowiązany do odpowiedzi na szereg bardzo trudnych, szczegółowych pytań zadanych przez pełnomocników stron postępowania. Toczące się przed sądami sprawy dotyczą trudnych zagadnień medycznych, a biegły musi doko-

nać oceny pracy wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej; nie brakuje spraw, w których pacjent dysponuje prywatną opinią medyczną, do której biegły musi się szczegółowo odnieść. Mając powyższe na uwadze nie sposób określać pracy biegłego z zakresu medycyny jako rutynowej.

3. Opinia samorządu zawodowego o kandydacie na biegłego

Naczelna Rada Lekarska uważa, że prezes sądu okręgowego powinien obla- gatornie zasięgać opinii samorządu zawodowego o kandydacie na biegłego są- dowego, a nie tylko w razie wątpliwości. Mając na względzie dobro wymiaru sprawiedliwości Rada wyraża przekonanie, że ocena przez samorząd zawodowy kandydata na biegłego z zakresu medycyny jest konieczna. Biegłymi sądowymi nie powinni być ustanawiani lekarze ukarani przez sąd lekarski za naruszenie zasad etyki lekarskiej lub naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu leka- rza. Celowe jest również sprawdzenie przed powołaniem biegłego czy realizuje on obowiązki dla lekarzy szkolenie zawodowe i uzyskuje wymagane przez przepisy punkty edukacyjne. Zarówno postawa etyczna jak i realizacja obowią- zku doskonalenia zawodowego powinna być brana pod uwagę przy powołaniu każdego biegłego z zakresu medycyny, a nie tylko w przypadkach wątpliwości prezesa sądu okręgowego.

4. Koszt zużytych materiałów oraz inne koszty

Ważnym czynnikiem wpływającym na wynagrodzenie wypłacane biegłemu za udział w postępowaniu sądowym są dodatkowe koszty, które biegły ponosi w celu wydania opinii. Do kosztów tych zalicza się między innymi koszt materiałów biuro- wych wykorzystywanych w celu wydania opinii, koszt zakupu pomocy naukowych jeśli sprawę cechuje wysoki stopień złożoności problemu, koszty dojazdu oraz koszt udziału w posiedzeniu. Biegły sądowy działający na zlecenie sądu powinien mieć gwarancję nie tylko, że otrzyma należne mu wynagrodzenie, ale także, że organ zlecający wydanie opinii pokryje wszelkie inne koszty poniesione przez biegłego. Samorząd zawodowy lekarzy opowiada się za przyjęciem zasady, że biegły ma pra- wo do zwrotu poniesionych kosztów i wydatków w pełnej wysokości. Niezasadne jest proponowane w projekcie ograniczenie prawa biegłego do zwrotu kosztów do procentowej wartości wynagrodzenia przyznanego za sporządzoną opinię. Podkre- ślenia wymaga, że ustalenie kwoty zwracanych biegłemu kosztów poprzez odnie- sienie się do kwoty wynagrodzenia jest szczególnie krzywdzące dla biegłych lekarzy, których wynagrodzenie Minister Sprawiedliwości planuje ustalić ryczałtowo.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 12/12/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 26 października 2012 r.**

**w sprawie ograniczania autonomii lekarzy oraz w sprawie odpowiedzialności
zawodowej lekarzy pełniących funkcje publiczne**

Naczelna Rada Lekarska wyraża zaniepokojenie działaniami niektórych lekarzy pełni- cych funkcje publiczne, szczególnie tych zajmujących wysokie stanowiska państwowe, którzy swoim działaniem zmuszają lekarzy do wykonywania świadczeń zdrowotnych w warunkach, które mogą być oceniane jako sprzeczne z zasadami etyki zawodowej.

W związku z tym Naczelna Rada Lekarska czuwając nad należyty i sumienny wy- konywaniem zawodu lekarza, podkreśla, iż wskazane wyżej działania wypełniają zna- miona czynów stanowiących naruszenie art. 1 pkt 3 oraz art. 2, 4, 5, 6, 11, 41, 56, 59, 61 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Mając powyższe na względzie Naczelna Rada Lekarska, w opinii której sprawowanie opieki nad pacjentem i autonomia lekarza są zagrożone wszędzie tam, gdzie ograni- cza się ich wolność zawodową przez limitowanie środków finansowych, jednoznacz- nie negatywnie ocenia przedmiotowe działania i potwierdza stanowisko wyrażone w Uchwale Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 28 kwietnia 2000 r. uznającej zapisy Deklaracji Warszawskiej o autonomii lekarza z dnia 19 marca 2000 r. przyjętej przez Europejskie Forum Organizacji Medycznych i Światowej Organizacji Zdrowia.

W świetle powyższego należy stwierdzić, że wskazana Deklaracja zobowiązuje Naczel- ną Radę Lekarską, inne organy samorządu lekarskiego oraz wszystkich jego członków nie tylko do wyraźnego przeciwstawiania się ww. tendencjom, ale również do zwróce- nia większej uwagi na coraz szerszy problem jakim jest naruszanie autonomii zawodu lekarza przez osoby pełniące funkcje publiczne.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

**Stanowisko Nr 13/12/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 26 października 2012 r.**

w sprawie postępowania organów samorządu lekarskiego w stosunku do lekarzy i lekarzy dentyistów, na których poza granicami Polski nałożone zostały sankcje o charakterze dyscyplinarnym bądź których poza granicami Polski ograniczono w wykonywaniu zawodu z uwagi na niezdolność lub niedostateczne przygotowanie do jego wykonywania

Po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, w związku z systemem automatycznego uznawania kwalifikacji zawodowych oraz ułatwionym dostępem do rynku pracy w innych państwach członkowskich, nastąpiła zwiększona migracja zawodowa polskich lekarzy i lekarzy dentyistów. Wykonując zawód w innym państwie członkowskim, polscy lekarze i lekarze dentyści podlegają regulacjom prawnym danego państwa, w tym odpowiedzialności zawodowej. Organy samorządu lekarskiego otrzymują od właściwych organów z innych państw członkowskich Unii Europejskiej informacje o tym, że w stosunku do lekarzy wykonujących w danym państwie zawód, a posiadających uprawnienia zawodowe także w Polsce, prowadzone było postępowanie o charakterze dyscyplinarnym, w rezultacie którego nałożone zostały określone sankcje, w tym także sankcje skutkujące czasowym lub stałym pozbawieniem uprawnień do wykonywania zawodu w danym państwie.

Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że obowiązujące przepisy prawa polskiego nie przewidują automatycznego zastosowania w Polsce sankcji o charakterze dyscyplinarnym nałożonych na lekarza przez uprawniony organ w innym państwie. Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że ewentualne nałożenie na lekarza kary za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, którego dopuścił się poza granicami Polski, powinno być poprzedzone postępowaniem w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przeprowadzonym w Polsce zgodnie z zasadami i w trybie przewidzianym w ustawie o izbach lekarskich.

Naczelna Rada Lekarska zdaje sobie przy tym sprawę, że prowadzenie przez organy samorządu lekarskiego postępowania dotyczącego zdarzeń, które miały miejsce poza granicami Polski może być znacznie utrudnione, zwłaszcza w zakresie postępowania dowodowego, a jego koszty mogą być wysokie (m. in. z uwagi na konieczność dokonywania licznych tłumaczeń). Jednakże powyższe względy nie zwalniają organów samorządu lekarskiego od podejmowania działań, do których są prawnie powołane.

Naczelna Rada Lekarska zauważa jednocześnie, że w każdym tego rodzaju przypadku należy dokonać uprzedniej analizy w celu stwierdzenia, jakie postępowanie należałoby w danej sprawie podjąć. Informacja przekazana przez właściwy organ w innym państwie o pozbawieniu w tym państwie lekarza uprawnień do wykonywania zawodu lub nałożeniu ograniczeń w wykonywaniu zawodu może być bowiem w określonych sytuacjach traktowana jako informacja wskazująca na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego, o której mowa w art. 67 ustawy o izbach lekarskich, bądź też jako informacja wskazująca na uzasadnione podejrzenie niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarza albo jego niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia, tj. sytuację, o których mowa w art. 11 i 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

Naczelna Rada Lekarska podkreśla przy tym, że konieczne jest jak najszybsze odpowiednie, jednoznaczne uregulowanie w przepisach prawa polskiego zasad i sposobu postępowania w tego rodzaju przypadkach. Jest to dodatkowo podyktowane prowadzonymi w Unii Europejskiej pracami legislacyjnymi nad nowelizacją dyrektywy 2005/36/WE, w ramach których prawdopodobnie ustanowiony zostanie tzw. mechanizm ostrzegawczy (alert mechanism), oznaczający, że państwa członkowskie Unii Europejskiej będą zobowiązane wzajemnie się informować o każdym przypadku zawieszenia lub pozbawienia uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyisty.

Przyjęte w Polsce regulacje prawne powinny we właściwy sposób uwzględniać zadania samorządu lekarskiego związane z sprawowaniem pieczy nad należyty i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza, prawa przysługujące lekarzom i lekarzom dentyistom oraz celowość i ekonomikę tego rodzaju postępowania.

**Sekretarz
Mariusz Janikowski**

**Prezes
Maciej Hamankiewicz**

**STANOWISKO Nr 14/12/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

**z dnia 26 października 2012 r.
w sprawie tzw. drugiego exposé wygłoszonego
przez Prezesa Rady Ministrów
w dniu 12 października 2012 r.**

Naczelna Rada Lekarska po wysłuchaniu tzw. drugiego exposé Prezesa Rady Ministrów Donalda Tuska wygłoszonego w dniu 12 października 2012 r. wyraża głębokie zaniepokojenie faktem nie zawarcia w tym ważnym wystąpieniu problematyki ochrony zdrowia. Rada stwierdza, że ochrona zdrowia była, jest i będzie priorytetem dla zdecydowanej większości Polaków. W tej sytuacji zaskakuje, że wśród priorytetów Rządu ten obszar życia społecznego w ogóle nie zaistniał. Polska, pod względem publicznych wydatków na ochronę zdrowia, od lat zajmuje niechlubne miejsce w „ogonie” państw europejskich. Dane statystyczne z ostatnich lat wskazują, że i tak niewielki odsetek środków przeznaczanych na zabezpieczenie obywateli w tym zakresie w ostatnim czasie jeszcze się zmniejsza (według Narodowego Rachunku Zdrowia GUS 2010: 2009 – 4,8% PKB, 2010 – 4,7% PKB). Rada oczekuje pilnego przedstawienia przez Rząd planu poprawy tej sytuacji w celu osiągnięcia co najmniej 6-procentowego względem PKB poziomu wydatków publicznych na ochronę zdrowia.

Rada uważa, że wśród najważniejszych, obok zwiększenia nakładów, spraw wymagających podjęcia pilnych kroków naprawczych powinno znaleźć się:

- zwiększenie odpowiedzialności państwa za uporządkowanie systemu ochrony zdrowia;
- odejście od koncepcji urynkowania systemu ochrony zdrowia jako podstawowego narzędzia jego naprawy (w tym zamiaru przekształcenia w spółki prawa handlowego większości publicznych placówek opieki zdrowotnej i uczynienia wyniku finansowego jako głównego miernika oceny tych placówek) - to państwo powinno zachować w tym zakresie konstytucyjną odpowiedzialność za zdrowie obywateli (Art. 68 Konstytucji RP);
- odebranie Narodowemu Funduszowi Zdrowia roli wszechwładnego monopolisty i kreatora polityki zdrowotnej. To Ministerstwo Zdrowia we współpracy ze świadczeniodawcami powinno podjąć wysiłek ustalania cen tych świadczeń i określania zapotrzebowania określonych świadczeń, a samorządy zawodowe ustalać standardy postępowania medycznego oraz kwalifikacje niezbędne do ich wykonywania;
- zapewnienie kształcenia niezbędnej liczby fachowych pracowników ochrony zdrowia, a także godnych warunków ich zatrudniania i wynagradzania oraz ciągłego rozwoju zawodowego;
- intensyfikacja działań państwa w zakresie zdrowia publicznego (w tym np. promocji zdrowego stylu życia, działań antytytoniowych, ochrony przed uzależnieniami od środków psychoaktywnych, profilaktyki stomatologicznej i promocji szczepień dzieci i dorosłych).

Naczelna Rada Lekarska zwracając uwagę na rangę wymienionych spraw deklaruje wolę współpracy i podjęcia współodpowiedzialności za przyszłość ochrony zdrowia w Polsce.

**Sekretarz
Mariusz Janikowski**

**Prezes
Maciej Hamankiewicz**

**Stanowisko Nr 15/12/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej**

z dnia 26 października 2012 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, przekazanego przy piśmie Głównego Inspektora Farmaceutycznego z dnia 22 października 2012 r., znak: GIF-P-L-0210/2-20/MZ/12, podtrzymuje uwagi zawarte w stanowisku Nr 41/12/P-VI Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 sierpnia 2012 r., które nie zostały uwzględnione w opiniowanym projekcie ustawy.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska pragnie przypomnieć wielokrotnie zgłaszane postulaty o podjęciu działań zmierzających do zmiany przepisów wspólnotowych, a w konsekwencji przepisów prawa polskiego, w zakresie produktów homeopatycznych poprzez usunięcie przepisów ustanawiających szczególnie, uproszczony, tryb rejestracji tych produktów.

**Sekretarz
Mariusz Janikowski**

**Prezes
Maciej Hamankiewicz**

Przełomowe iPS-y

Naukowcy tym razem nie mieli wątpliwości, że to fundamentalne odkrycie. Po raz pierwszy wykazano bowiem, że nietknięta zróżnicowana komórka może znów stać się pluripotenna. To otworzyło zupełnie nowy kierunek badań. Poprawiano też stopniowo technikę. Dziś do produkcji iPS-ów nie używa się już retrowirusów (grozi to, że wbudują się one w genom w przypadkowym miejscu i wywołają rozwój guza), lecz nie integrujących się wirusów, tzw. stabilizowanych RNA lub białek, wreszcie specjalnych plazmidów.

Komórki macierzyste, a także iPS-y, są wielką nadzieją medycyny regeneracyjnej. Potencjalnie za ich pomocą można by zastępować chore bądź zużyte komórki zdrowymi. Co więcej, stosując iPS-y, eliminowano

by ryzyko odrzucenia takiego przeszczepu. Byłyby one bowiem produkowane na zamówienie, z własnych komórek pacjenta. Na razie jednak z zastosowania klinicznymi trzeba jeszcze poczekać. Naukowców czeka sporo pracy, by dowieść, że metoda ta jest całkowicie bezpieczna dla pacjentów.

Ale iPS-y już oddają wielkie usługi medycynie. Dzięki nim można bowiem badać wiele chorób prowadząc te prace na... szalce Petriego. Wystarczy wyprodukować

iPS-y, pobierając komórki od konkretnych chorych i dociekać, jakie jest molekularne podłoże różnych schorzeń, a także robić testy toksykologiczne oraz badać skuteczność nowych leków. Otrzymano już iPS-y charakterystyczne dla wielu chorób, m.in. stwardnienia bocznego zanikowego, syndromu Retta czy rodzinnej hipercholesterolemii.

Tegoroczny Nobel zdaniem wielu komentatorów jest całkowicie zasłużony. ■

Zapraszamy do współpracy osoby, które uczestniczą w ciekawym badaniu albo projekcie naukowym.

Chętnie napiszemy o rzeczach ważnych, które właśnie się dzieją.

Czekamy na e-maile pod adresem: nauka@gazetalekarska.pl.

Jak kardiolog z onkologiem...

Pacjent kardiologiczny zawsze jest problemem dla prowadzącego onkologa, a kardiatoonkologia to jeszcze stosunkowo nowa specjalność w medycynie. Polska ma ambicje i potencjał, by w tej dziedzinie stać się liderem w całym regionie Europy Środkowowschodniej.

Jak szacuje prof. Adam Torbicki z Kliniki Krążenia Płucnego i Chorób Zakrzepowo-Zatorowych CMKP w Europejskim Centrum Zdrowia Otwock, nawet 50 proc. pacjentów onkologicznych może mieć problemy z układem krążenia. Okazuje się także, że zatorowość płucna to druga przyczyna zgonów wśród tej grupy pacjentów. – W jednym z badań wykazano, że u pacjentek z rakiem piersi odsetek zgonów spowodowanych niewydolnością serca był zbliżony do odsetka zgonów spowodowanych samym nowotworem – informuje dr Sebastian Szmit, specjalista z Kliniki CMKP w ECZ Otwock.

Właściwa ocena sytuacji

– Powikłania kardiologiczne to częsty problem pacjentów onkologicznych, dlatego kardiologowie muszą ściśle współpracować z onkologami – mówi dr Danuta Stanczewska, kardiolog i specjalista chorób wewnętrznych z Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Jak powinna wyglądać taka współpraca? – Wspólnie wybieramy mniejsze zło. Jeśli w czasie kontroli onkologicznej lekarz zauważy nawet niewielkie dysfunkcje w układzie sercowo-naczyniowym, najczęściej prosi o konsultację kardiologiczną. Ważna jest ocena stanu kardiologicznego pacjenta przed włączeniem chemioterapii, ponieważ powikłania takiej terapii często nasilają zaburzenia układu krążenia istniejące jeszcze przed włączeniem leczenia onkologicznego. Zdarzają się też przypadki, że powikłania chemioterapii dopiero uwidoczniają choroby kardiologiczne, dlatego w przypadku pacjentów onkologicznych tak ważny jest stały monitoring kardiologiczny – wyjaśnia dr Stanczewska.

Stosowanie chemioterapii u pacjentów onkologicznych może prowadzić do wielu powikłań kardiologicznych, np. nadciśnienia tętniczego, zaburzeń rytmu i przewodzenia, choroby niedokrwiennej serca, upośledzenia kurczliwości mięśnia sercowego, kardiomiopatii czy przewlekłej

zatorowości płucnej. – Stosowanie antracyklin i jej pochodnych oraz cyklofosfamid mogą powodować niewydolność zastoinową układu krążenia. Sam cyklofosfamid może doprowadzić do zapalenia osierdzia i zaburzenia rytmu serca. Ifosfamid z kolei powoduje zaburzenia elektrolitowe, które z kolei są przyczyną zaburzeń rytmu serca. 5-fluorouracyl i interferon mogą wywołać skurcz naczyń wieńcowych z ostrym zespołem wieńcowym. Kardiotoxyczność leku zależy niekiedy od dawki leku i płci chorego, choć nie jest to regułą. Kardiolog musi wiedzieć, jakimi lekami onkologicznymi chory jest leczony. Należy podjąć decyzję o możliwości redukcji dawki, wstrzymaniu lub przerwaniu leczenia onkologicznego, ewentualnie zmiany leku onkologicznego. Przy występowaniu niewielkich zaburzeń kardiologicznych wystarczy włączyć leki kardiologiczne minimalizujące występowanie dalszych powikłań i kontynuować terapię onkologiczną – tłumaczy dr Stanczewska.

Konieczność współdziałania

Pacjent chory kardiologicznie jest trudny w leczeniu onkologicznym, dlatego tylko przy ścisłej współpracy lekarzy obydwu specjalności, a także wsparciu radiologa, można zapewnić właściwą opiekę. Na świecie działają dwa silne ośrodki kardiatoonkologiczne (Uniwersytet Vanderbilt w Nashville – USA; Europejski Instytut Onkologii w Mediolanie – Włochy), a teraz (choć zajmuje się tym zagadnieniem już kilka

lat) dołączył do nich trzeci ośrodek, i to w Polsce – ECZ Otwock, które staje się jednym z liderów kardiatoonkologii na obszarze Europy Środkowowschodniej. Decyzje w tej sprawie zapadły w trakcie wrześniowego Kongresu Kardiatoonkologii w Mediolanie – wówczas prezesi ICOS (International Cardio Oncology Society): prof. Daniel Lenihan (USA) i prof. Carlo Cipolla (Włochy), ogłosili powołanie Wschodnioeuropejskiego Oddziału ICOS, który tworzyć będą Kliniki Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMPK) działające w Europejskim Centrum Zdrowia Otwock (ECZ Otwock)*. Rozpoczął się już proces identyfikacji i zapraszania ekspertów zarówno z Polski jak i z regionu. Kluczową pozycję w tworzonej oddziale ICOS zachowają krajowi konsultanci ds. onkologii i kardiologii, którzy od ponad pięciu lat inspirowali działania zbliżające oba środowiska z pożytkiem dla pacjentów. – Choroby serca i nowotwory to najczęstsze przyczyny zgonów w Polsce. Sytuację tych pacjentów poprawić może stosowanie najnowszych metod leczenia, ale także koordynacja w działaniu lekarzy różnych specjalności – podkreśla prof. Tadeusz Pińkowski, kierownik Kliniki Onkologii CMKP. Z kolei prof. Andrzej Borówka zaznacza, że dzięki współpracy kardiologii i onkologii zarówno pacjent, jak i lekarz czują się bezpieczniej. – Myślę, że medycyna powinna być rozwijana w takim kierunku, by na pacjenta patrzeć kompleksowo, a nie z poziomu jednej choroby – dodaje.

ECZ Otwock złożyło Ministerstwu Zdrowia i NFZ propozycję programu pilotażowego zakładającego wdrożenie standardów kardiatoonkologicznych z elementami protekcji, prewencji i wczesnej diagnostyki i leczenia sercowo-naczyniowych powikłań terapii onkologicznej. Ośrodek szacuje, na podstawie epidemiologii nowotworów i częstości występowania powikłań sercowo-naczyniowych w tej grupie chorych, że wdrożenie kardiatoonkologii w polskim systemie ochrony zdrowia może przynieść w skali roku oszczędność środków publicznych rzędu 70-120 mln zł, czy więcej odpowie przeprowadzony program, jednak rozmowy nie zostały jeszcze przez MZ i NFZ podjęte. ECZ Otwock stara się o renowację oraz zwiększenie kontraktu na świadczenia z zakresu kardiologii i onkologii do poziomu potrzeb pacjentów, dając im szansę skutecznego leczenia kardiatoonkologicznego.

– Wybór, jakim lekiem kardiologicznym należy leczyć pacjenta onkologicznego, zależy od stosowanej chemioterapii oraz parametrów wydolności nerek i wątroby. Na przykład w przypadku chemioterapii celowanej z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych należy stosować leki, które nie mają wspólnego metabolizmu przez izoenzym CYP3A4 cytochromu P450 albo tylko w niewielkim stopniu są przez niego metabolizowane. Wówczas nie zaburzymy wchłaniania i stężenia leku onkologicznego w surowicy pacjenta, a jednocześnie lek kardiologiczny działa skutecznie.

dr Danuta Stanczewska, kardiolog i specjalista chorób wewnętrznych z Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie

Codzienna współpraca

– Kardiopunkologia w ECZ Otwock wdrażana jest szczególnie dynamicznie od początku 2012 roku, odkąd pracujemy wspólnie w zespole trzech Kliniki CMKP. Cieszymy się, że zostało to dostrzeżone przez międzynarodowe środowisko starające się integrować obie, tak ważne epidemiologicznie dziedziny medycyny. Naszą ambicją jest przyspieszyć rozwój tej współpracy w medycynie, nie tylko w naszym kraju, ale w całym regionie Europy Środkowo-wschodniej – tłumaczy prof. Adam Torbicki. Model funkcjonowania Kliniki Onkologii i Kliniki Kardiopunkologii polega na holistycznej opiece nad chorym onkologicznym. Pacjenci będący w grupie ryzyka wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych są diagnozowani nie tylko przez onkologów, ale również przez kardiologów, a stan ich zdrowia jest wspólnie omawiany przez kardiologów i onkologów z udziałem radiologów specjalizujących się w diagnostyce chorób kardiologicznych układu krążenia, dysponujących doskonałym wyposażeniem. – To ważny aspekt pracy klinicznej i medyczne korzyści dla pacjenta – podkreślają wspólnie kierownicy kliniki, prof. A. Torbicki i prof. T. Pińkowski. Szpital wyposażony jest w system komputerowy, który umożliwia lekarzom dostęp do historii choroby wraz z możliwością przywołania na każdej konsoli lekarskiej badań obrazowych, co znacznie ułatwia i przyspiesza prowadzenie terapii. – Mieliliśmy w ośrodku 42-letnią pacjentkę z rakiem piersi we wczesnym stadium, która nie miała problemów kardiologicznych. Rozpoczęliśmy leczenie przeciwnowotworowe przy stałym monitoringu kardiologicznym. Amputowaliśmy pierś, potem zastosowano radioterapię i w końcu chemioterapię. W pewnym momencie pojawiły się objawy niewydolności serca. Wdrożyliśmy odpowiednie, skuteczne leczenie kardiologiczne, a potem powróciliśmy do chemioterapii – opowiada o codziennej praktyce kardiopunkologicznej dr Sebastian Szmit, kardiolog z ECZ Otwock. Zdają się jednak i trudniejsze przypadki, i to dla nich kardiopunkologia jest największą nadzieją.

– Trafił do nas 39-letni pacjent z rozpoznaną zatorowością płucną, zdiagnozowanym guzem zarodkowym jądra z przerzutami do przestrzeni zaotrzewnowej i do płuc. W tym przypadku ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych było bardzo wysokie, w pierwszej kolejności więc wprowadziliśmy leczenie kardiologiczne i przeciwzakrzepowe. W drugiej kolejności można było przeprowadzić zabieg usunięcia jądra, a następnie zastosować chemioterapię. Po tym leczeniu konieczna była ocena skuteczności leczenia przeciwzakrzepowego z pomocą odpowiednich badań obrazowych dzięki nowoczesnej diagnostyce obrazowej serca i naczyń. Okazało się, że trzeba założyć filtr naczyniowy do żyły głównej dolnej, aby pacjent mógł zostać zakwalifikowany do operacji polegającej na usunięciu nowotworowych zmian resztkowych z jamy brzusznej i klatki piersiowej. Takich pacjentów łatwiej leczyć w miejscu, gdzie kardiolog i onkolog współpracują na co dzień i dysponują odpowiednim zapleczem diagnostycznym – relacjonuje dr Szmit i dodaje, że każdy pacjent onkologiczny powinien być oceniony pod kątem możliwych powikłań sercowo-naczyniowych. ■

** Europejskie Centrum Zdrowia Otwock (ECZ Otwock) to jedyna placówka niepubliczna w Polsce, w ramach której działają kliniki CMKP, szkolące lekarzy w kilku specjalnościach: Klinika Urologii CMKP dysponująca akredytacją Ministra Zdrowia w dziedzinie Urologii oraz prestiżową akredytacją European Board of Urology (EBU), prowadzona przez prof. Andrzeja Borówkę, Klinika Onkologii CMKP, również dysponująca akredytacją Ministra Zdrowia w dziedzinie Onkologii Klinicznej, której kierownikiem jest prof. Tadeusz Pińkowski, w ramach której działa również część kliniczna chirurgii onkologicznej (prowadzona przez prof. W. Tarnowskiego) oraz kierowana przez prof. Adama Torbickiego Klinika Krążenia Płucnego i Chorób Zakrzepowo-Zatorowych CMKP – akredytacja Ministerstwa Zdrowia w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii. Szpital nad koncepcją kardiopunkologii pracuje od 2008 r.*

LEP i LDEP przechodzi do historii

Jesienną sesję Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (LDEP) zdali najlepiej i są ostatnimi, którzy stawili czoła temu wyzwaniu. Wiosną będzie już obowiązywał Lekarski Egzamin Końcowy (LEK) i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy (LDEK).

Mateusz Kłaczyński, lekarz z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, na egzaminie LEP uzyskał 184 punkty i był najlepszy, Maria Falkiewicz, lekarka z Lubelskiej Izby Lekarskiej, była druga ze 178 punktami, a Marta Janusiak, lekarka z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, z 176 punktami uplasowała się na trzecim miejscu. Małgorzata Jurecka, stomatolog z Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, zaliczyła LDEP z wynikiem 173 punktów i osiągnęła maksymalny wynik. 26 października na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej za ten wyczyn otrzymali nagrody pieniężne i okolicznościowe pamiątki. Są ostatnimi, którzy zdawali starym systemem.

Zgodnie z ustawą z 28 kwietnia 2012 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w lutym 2013 r. będzie obowiązywał Lekarski Egzamin Końcowy (LEK) oraz Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy (LDEK), które zastąpią LEP i LDEP. Uczestniczący w po-

siedzeniu NRL Mariusz Klencki, dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych, podkreślił, że zarówno LEP, jak i LDEP zawsze były dla lekarzy wyzwaniem, ponieważ pytania testowe tak konstruowano, aby obejmowały materiał ze wszystkich lat studiów. Nie było więc miejsca na przypadkowość. Wyniki tych egzaminów są faktycznym odzwierciedleniem wiedzy i przygotowania zdających.

Do egzaminu w jesiennej sesji LEP przystąpiło w całym kraju 5056 lekarzy stażystów, uzyskując średnio 137 punktów. Maksymalny wynik wyniósł 184, a minimalny 45 punktów. 110 lekarzy nie uzyskało minimum (110 punktów) niezbędnego do zdania tego egzaminu. Wśród 470 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu średni wynik wyniósł 126 punktów (minimum 72, maksimum 165). Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 196; 4 zadania Komisja Egzaminacyjna unieważniła. Jesienny LDEP zdawało 1106 lekarzy stażystów w całym kraju, uzyskując średnio 136,5 punktu. Maksymalny wynik wyniósł 173, minimalny 60 punktów. 84 lekarzy stażystów nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu, które wyniosło 110 punktów. Wśród 181 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu średni wynik wyniósł 129,7 punktu (minimum 81, maksimum 172). Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 196; 4 zadania Komisja Egzaminacyjna unieważniła.

W Komisjach Egzaminacyjnych mają zasiadać przedstawiciele samorządu lekarskiego, wyznaczeni przez okręgowe izby lekarskie, ale tego nie robią. Dyrektor CEM Mariusz Klencki zaapelował, aby w przyszłości aktywniej włączyli się w prace komisji. Zwycięzcom LEP-u i LDEP-u, prezes NRL Maciej Hamankiewicz

wicz życzył sukcesów, wierząc, że ich kontakt z samorządem lekarskim nie ograniczy się do uroczystości wręczenia im nagród. – Młodzi lekarze kiedyś od nas przejmą stery i warto, aby od początku mieli poczucie przynależności do naszej społeczności – podkreślił.

Nagrodzeni nie kryli zadowolenia z otrzymanych im honorów, nie ukrywali też, że nagroda (3,5 tys. zł) przyda się na start w zawodzie lekarza. Marta Janusiak powiedziała, że bardziej niż o nagrodę, chodzi o marzenia i właśnie jedno z nich się spełniło. Swoją przyszłość po stażu podyplomowym wiąże z interną i kardiologią. Maria Falkiewicz chce związać się z medycyną sądową, a jeśli nie uda się zrealizować tych planów, poświęci się onkologii. Prywatnie jest pasjonatką czytania książek, czyta wszystko, co wpadnie jej w ręce. Mówi, że jest uzależniona od książek. Za nagrodę na pewno kupi kilka tytułów. Mateusz Kłaczyński do LEP-u po prostu się przyłożył. Od dawna wie, że chce robić specjalizację z kardiologii i jest w tych dążeniach zdesperowany, a od reagowuje, grając w piłkę nożną. Kto wie, może kiedyś zagra w reprezentacji lekarzy w tej dyscyplinie sportu. Małgorzata Jurecka z najlepszym wynikiem skończyła studia, najlepiej zdała jesienny LDEP, a teraz chce robić specjalizację z ortodoncji, ale w Łodzi, gdzie mieszka i kończyła staż podyplomowy, nie ma na to szans. Planuje więc wyjazd do Krakowa. Jak wielu stomatologów po stażu, ma problem ze specjalizacją w dziedzinie, którą sobie wybrała. Młodzi lekarze są zgodni, że wiele zależy od ludzi, których spotykają na swojej drodze zawodowej, mentorów, którzy w tej trudniej obecnie rzeczywistości potrafią dzielić się swoją wiedzą i pasją do medycyny. Należy im życzyć, aby ich spotkali. ■

Do egzaminu w jesiennej sesji LEP przystąpiło w całym kraju 5056 lekarzy stażystów, uzyskując średnio 137 punktów. Maksymalny wynik wyniósł 184, a minimalny 45 punktów.

Nawet pół grosza od lekarza

Debata seniorów

Dzień był chłodny i deszczowy. Lekarze i lekarze dentyści – seniorzy dwóch izb ze sobą sąsiadujących – zasiedli do rozmowy o stanie lekarskim. Wcześniej w aurze majowego słońca mówili o kłopotach odnalezienia się we współczesności i wzajemnej pomocy. Tym razem rzecz miała dotyczyć samorządu wywalczonego dwadzieścia trzy lata temu, kiedy większość z nich przechodziła lub przygotowywała się do przejścia na emeryturę.

Jarosław Wanecki, lat 44, pediatra, przewodniczący kolegium redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku, szef towarzystwa teatralnego: Zadam pytanie wprost – czy warto było zakładać samorząd lekarski i czy jest on do czegoś potrzebny? Jakże powinien, nie patrząc na ustawę, spełniać zadania?

Krzysztof Papuziński, lat 75, przez 17 lat ordynator oddziału płucnego, meloman operowy: Wydaje się, że samorząd jest potrzebny, ale musi mieć jakiś punkt uchwytu, albo przez NFZ, albo przez Ministerstwo Zdrowia, aby postulaty zgłaszane na przykład przez lekarzy emerytów mogły być jakoś zrealizowane. A tak to my opowiadamy o „tym” czy o „tamtym”, chcemy mieć „to” czy „tamto”, ale w zasadzie nie mamy poparcia tych wszystkich, którzy mogli by cokolwiek zrealizować.

JW: Powiedziałbym nawet, że jesteśmy w jakiejś konfrontacji z władzami. Jakże według pana doktora miałyby być płaszczyzny współpracy z tymi instytucjami?

KP: Myślę, że głównie powinny mieć charakter medyczny i być poparte jakimiś ulgami finansowymi. Żeby można było, co postulujemy, oprócz wypisywania leków dla siebie, mieć jeszcze możliwość wykonywania badań dodatkowych raz w roku z ominięciem lekarzy systemu. Ale musi to być poparte przez fundusz, w innym wypadku są to gdybania bezcelowe.

JW: Ale lekarze, którzy nie pracują, raczej dla ministerstwa się nie liczą...

KP: Powiedziałbym, że są obciążeniem, dlatego nie spotykamy się z żadną pomocą...

Głos z sali: Czy chociażby przywilejami... albo opieką...

KP: Poza tym bardzo rzadko trafiamy na lekarza. Ostatnio spotkałem taką panią doktor rehabilitantkę, która potraktowała mnie jak kolegę, tak jak dawniej koledzy się traktowali. Idąc do lekarza, nie chcę niczego dodatkowo, ale żeby nasza rozmowa była merytoryczna. Kiedy mówię, że jestem lekarzem, niektórzy odpowiadają: „A co chce pan przez to osiągnąć?”. I to przeważnie dotyczy młodych lekarzy, którzy nie liczą się z seniorami.

Głos z sali: Zupełny brak kultury...

JW: A co oznacza termin „młodzi lekarze”?

KP: Wydaje się, że większość kolegów w miarę upływu lat nabiera jednak trochę szacunku. Mówię tu o takich koło trzydziestki. Ale to zależy – jak wszędzie – od ludzi, zależy od tego, kogo się spotka.

Krystyna Markiewicz-Hillebrand, lat 73, stomatolog, wśród zainteresowań wymienia malarstwo: To może ja bym jeszcze wspomniała o tych przywilejach, które utraciliśmy.

W stomatologii narażeni jesteśmy na dość liczne choroby zawodowe. Kiedyś mieliśmy dodatkowe uprawnienia, jak choćby bezpłatne sanatorium raz na dwa lata. Teraz nie możemy nawet o tym marzyć. Jeśli mundurowi mają przywileje, dlaczego nasz resort nie zadba o emerytowanych? Chodzi o sprawy recept, łatwiejszy dostęp do uzdrowisk czy podstawowe badanie krwi, jakieś najprostsze ułatwienia...

Krystyna Borysewicz-Charzyńska, lat 72, psychiatra, członkini Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, szefowa Klubu Seniorów w Łodzi: Zwróciłam uwagę w jednym z łódzkich szpitali na napis, że pracownicy służby zdrowia przyjmowani są poza kolejnością. Byłam pozytywnie zaskoczona. W moim szpitalu, w którym wiele lat pracowałam, nigdy mnie nikt poza

kolejnością nie zaprosił. Ba, moja pani doktor, która mnie doskonale zna, nie zawsze mnie zauważa, wchodząc do gabinetu. A to czekanie, powiem szczerze, jest takie przykre, chociaż ja już nawet nie czuję się nim upokorzona, gdyby nie to, że wszyscy w tej kolejce psioczą na lekarzy. Należę do osób nienarzekających, więc proszę czasami, aby może skończyć to utyskiwanie i najczęściej jestem prawie zaszczuta przez resztę: „A co pani z choinki się urwała? Przecież ta medycyna to jest wielkie G...”.

Sala: Tak, tak mówią...

Danuta Romanowicz-Zakrzewska, lat 84, stomatolog, hobby praca społeczna: Stomatolodzy są zagrożeni różnymi schorzeniami ze względu na wymuszoną pozycję w pracy, ale nie korzystamy z żadnych przywilejów, nie ma tego nigdzie zapisanego...

JW: System został tak wymyślony, żeby pilnować kolejki. Stąd kolejki elektroniczne i zakaz ich omijania, chociaż nie znam polityka, który czekałby w kolejce. A więc kolejkę można oszukać, a wszystko tak naprawdę zależy od ludzi i od stosowania zasad etyki lekarskiej nakazującej dbałość o nauczycieli i mistrzów. Co samorząd ma zrobić, żeby nauczyć korzystania z kodeksu? A może te złe nawyki wynoszone są z domu i powodują takie zachowania?

Głos z sali: Tak... Oczywiście... I ze studiów...

DR-Z: Wśród starszych lekarzy należyte zachowanie jest sobie wzajem przekazywane. Tak było wśród naszych profesorów; zupełnie inaczej niż wśród tych, którzy teraz kończą studia. Starsi lekarze nas szanują, tak jak mówi etyka. Samorząd powinien pomóc przekazywać tę kulturę następnemu pokoleniu, a mnie się wydaje, że to nie ma miejsca...



Głos z sali: Kiedyś etyka była ważnym przedmiotem na studiach, dzisiaj jest to omijane...

Marianna Rybicka, lat 77, rehabilitant, szefowa seniorów w Płocku: Mnie się wydaje, że wpływa na to sytuacja ekonomiczna i polityczna. Mówmy sobie szczerze. My w trudnej sytuacji powojennej przyjmowaliśmy pacjentów tyle, ile było można. W tej chwili lekarz siedzi i jest zły, bo nie może przyjąć więcej pacjentów, gdyż się narazi szefowi, bo to kosztuje. Osobiście jestem przeciwna, aby zarządzającym szpitalem czy przychodnią był dyrektor ekonomista, bo jemu chodzi wyłącznie o pieniądze. Lekarz inaczej patrzy na problemy zdrowotne. O pieniądze ma się martwić zastępcą. Samorząd lekarski jest o tyle potrzebny, że musi stawiać przeciwko pomysłom władz – zarówno ministerstwa, jak i NFZ, który jest dysponentem pieniędzy. Ale ich walce jest potrzebna nasza pomoc. My, emeryci, braliśmy aktywny udział w tych dwóch naszych, nazwijmy to, strajkach: i recepturowym, i pieczętkowym. Ale koledzy nas nie poparli, a w każdym razie w bardzo niewielkim procencie. Bo tu znowu stoi kwestia ekonomiczna, bo każdy się boi. Samorząd jest konieczny, ale my musimy w tych akcjach się mobilizować, tak aby odczuwalna była siła naszego poparcia...

Janina Marczyńska, lat 83, pediatra, delegat na zjazd, członek Komisji Etyki, była szefowa seniorów: Ja już nie mówię o władzach, ale o nas, o lekarzach. Kiedy byłam młodym lekarzem, a było to kilka lat temu, żaden lekarz nie wziął nawet pół grosza od lekarza za jakąkolwiek przysługę. Mało od lekarza, także od rodziny. Mój profesor nie brał także od żadnej pielęgniarki. A teraz proszę mi znaleźć lekarza, który udzieli pomocy bez pieniędzy...

Poruszenie. Głos z sali: Ależ są tacy, pani doktor...

JM: Byłam przez wiele lat członkiem Komisji Seniorów NIL. Przez wiele lat walczyliśmy, aby nauczyć lekarzy, żeby od lekarzy nie brali pieniędzy. Już nie mówiliśmy o tym, aby od rodzin tych kolegów, ale od samych kolegów. To była walka z wiatrakami. Wydaje mi się, że to jest jedną z ważnych rzeczy, żeby nauczyć tego młodych lekarzy...

JW: No tak, ale mamy jakąś lukę w kształtowaniu postaw. Bo wydaje się, że skoro nie trafiła pani

doktor na żadnego lekarza, który udzieliłby porady za darmo, to jednak mówimy raczej o pokoleniu czterdziesto-, pięćdziesięciolatków. Jeśli moje roczniki zapomniały o tej zasadzie, to kto nauczył tych nadchodzących. Błąd został popełniony znacznie wcześniej. Nie było przekazania pałeczki, a więzi międzypokoleniowej zostały zerwane. Tym gorzej, że jesteśmy pokoleniem, które pełni różnorakie funkcje: dotyczy to zarówno władzy państwowej, administracyjnej, jak i samorządowej. Jeśli tak dalej pójdzie, następne pokolenie będzie już tylko w książkach mogło przeczytać o altruistach w zawodzie. Co z tym zrobić? Jak nagłaśniać? Gazeta, strona internetowa z hasłem: pamiętaj o seniorach, spotkania integracyjne? Ale czy to wystarczy?

Kilka osób z sali: Nie, nie wystarczy...

Jadwiga Kulesza, lat 82, stomatolog pedodont, lubi czytać i zajmować się działką: To nie powinno być wymuszane. To powinno wynikać z poczucia przyzwoitości lekarza, ale teraz świat się tak zmateriałizował, że to jest walka z wiatrakami.

JM: Powinno się to wszystko opisywać w prasie i nawet w „Gazecie Lekarskiej” taki artykuł się ukazał, ale jeden artykuł to za mało, pomijając to, że prasę medyczną czyta tak mało osób.

KB-Ch: Niektórzy koledzy przekonują, że przyjęcie za darmo to przestępstwo dla urzędu skarbowego. Bo jeśli przychodzi pacjent, to musi być zarejestrowany, a co za tym idzie – powinien być wpisany przychód. I przyjęcie kolegi za darmo to jest przestępstwo skarbowe.

Konsternacja. Wiele głosów z sali: Jak to?

JW: Mimo wszystko myślę, że można to załatwić bezpłatnie, nie zaślaniając się przepisami tylko dlatego, aby nie pomóc koledze. Wiadomo, że minister finansów chciałby wprowadzić podatek od przyzwoitości. My jednak nie walczyliśmy z podatkami, tylko walczyliśmy o przyzwoitość. Nie mówimy tu przecież o fundowaniu na przykład protezy, gdzie ponoszony jest koszt zużytego materiału czy obsługi techników. Jednak porada internistyczna czy skierowanie nie muszą być obciążone jakimkolwiek zobowiązaniem finansowym.

Waleria Januszewska, lat 87, pediatra, adiunkt w klinice chirurgii plastycznej, lubi turystykę:

Kiedyś jednak nie było takich problemów. Co do materiałów można się przecież umówić i takie rozwiązania były przez nas proponowane.

Anna Gańczarczyk, lat 73, stomatolog, od 4 lat nie pracuje, lubi pracować w ogrodzie: Wracając do samorządu, muszę powiedzieć, że mimo mojego przekonywania młodzi lekarze mają złe doświadczenie z izbą, są niezadowoleni. Poza tym wiele osób uważa, że w izbach jest za bardzo wykwinie. Ale tłumaczę: „No, ale dla kogo to jest?” Pracują przecież komisje, koła, sekcje. A ten ponadstandard to radość dla nas, kiedy przychodzimy z szarości raz na miesiąc do takiego ładnego miejsca.

Magdalena Łapińska, lat 73, psychiatra, mimo emerytury nadal pracuje, lubi czytać i podróżować: Nie zawsze przeszkadza urzędnik, ale paragraf.

MR: Do tej pory nie czułam się związana z izbą, bo nigdy wcześniej w niej nie pracowałam. Jeśli się ma zły pryzmat, jakieś mniej przyjemne wspomnienia z czasów powstawania, to niestety obraz może być negatywny. Ale teraz namawiam wszystkich kolegów do wyborów, do zaangażowania się. Nasz samorząd powinien działać na rzecz pewnych uprawnień w kwestii omawianego wypoczynku i leczenia. Ale są też sprawy bardziej prozaiczne. Izba powinna pamiętać także o nagrodach. Bywam na spotkaniach nauczycielskich i tam cała scena ludzi dostaje nagrody państwowe, jubileuszowe itd. Czy my nie zasługujemy na wdzięczność ze strony państwa, dla którego pracowaliśmy, także społecznie, w bardzo ciężkich warunkach przez dziesiątki lat?

Alicja Narusiewicz-Petrenko, lat 82, stomatolog, wiceprzewodnicząca łódzkiego Koła Seniorów, zainteresowana poezją i malarstwem: To wszystko jest bardzo ważne, ale trochę poza nami. Mnie bardziej interesuje, jakie macie formy pracy z seniorami, jak często się spotykacie, czy jest tutaj Uniwersytet III Wieku...? ■

Debata zorganizowana w ramach projektu wymiany doświadczeń między komisjami ds. lekarzy seniorów izby plockiej, łódzkiej, warszawskiej i kujawsko-pomorskiej. Gospodarzem czwartego spotkania była Okręgowa Izba Lekarska w Płocku.

Kapelusz, portfel i szachy

Spółecznik, wicemarszałek w II RP, a po II wojnie światowej działacz emigracyjny i prezes Związku Lekarzy Polskich na Obczyźnie w Wielkiej Brytanii. Wielki patriota, ale przede wszystkim lekarz. Nigdy nie odmawiał pomocy choremu, a przysięgę Hipokratesa traktował jak rzecz świętą.

Zdarzało się, że w Wigilię Świąt Bożego Narodzenia pacjenci doktora Leona Surzyńskiego pukali do drzwi, prosząc o pomoc. Nigdy nie odmawiał, chociaż wiedział, że cała rodzina czeka już przy stole. Same święta obchodzone były u Surzyńskich wyjątkowo uroczystie. W dużej jadalni stał ogromny stół nakryty śnieżnobiałą serwetą, a na środku stroik ze świerkowych gałązek, a na nim bakalie, pierniki i pomarańcza. W rogu stała choinka, przyozdobiona w udekorowane wydumski z jajek, złożone orzechy i inne ręcznie robione ozdoby. – Wszystko musiało być tradycyjne, żadnych bombek, bo to takie niemieckie. Tata był bardzo przywiązany do świąt. Zawsze po kolacji wigilijnej zasiadał do fortepianu i grał kolędy. Dom był pełen ludzi, także służba spędzała ten czas z nami, a ojciec zawsze potrafił zabawić towarzystwo. Był niezwykle pogodnym człowiekiem i miał bardzo temperamentny charakter. Znajomi rodziny często mówili, że jak nie ma Surzyńskiego, to jest nudno. Pewnie to radosne usposobienie odziedziczył po swoich hiszpańskich przodkach, którzy w 1625 r. przybyli do Wielkopolski – wspomina Barbara Surzyńska-Zakrzewska, starsza córka dra Leona Surzyńskiego. – Tata urodził się w 1891 r. w Inowrocławiu, w rodzinie z wielkimi tradycjami muzycznymi. Dziadek Franciszek był organistą i dyrygentem chórów, podobnie jego ojciec. Wybitnie utalentowani muzycznie byli również jego stryjowie: Mieczysław, Józef i Stefan – opowiada pani Barbara.

Muzyka była wielką miłością również Leona Surzyńskiego. Przez całe swoje życie organizował chóry, a także sam grał na fortepianie, głównie Chopina, ale uwielbiał też twórczość Karłowicza. – Tata zawsze był rozchwytywany na przyjęciach i proszony o wykonanie małego koncertu. Uwielbiał chodzić do opery z partyturą, na której robił adnotacje. Był perfekcjonistą i miał świetny słuch – mówi Pani Barbara. Jednak zawodowa droga Leona Surzyńskiego to przede wszystkim medycyna i działalność polityczna.

Na wybór kariery lekarskiej duży wpływ miała jego mama. Także jeden ze stryjów wpajał młodemu Leonowi, że lekarz to zawód, dzięki któremu będzie mógł godnie żyć, bo muzyką w Wielkopolsce rodziny nie wyżywi, zwłaszcza że najbardziej związany był z twórczością polskich kompozytorów, a nastawienie zaborcy było wybitnie antypolskie. Doktorat z medycyny uzyskał w 1917 r. na uniwersytecie w Lipsku (w Wielkopolsce wówczas nie działał żaden uniwersytet medyczny) i rozpoczął praktykę lekarską jako internista w Gliwicach. Nie trwało to jednak długo. Po wybuchu powstania wielkopolskiego zaangażował się w pomoc rannym powstańcom na Kujawach, a w Inowrocławiu zorganizował pierwszy punkt sanitarny. W domu rodzinnym doktora z kolei była wielka fabryka kanapek, szykowanych codziennie dla walczących o niepodległość.

Życie poznańskie

Gdy powstanie się skończyło, rozpoczął praktykę lekarską w Poznaniu. W 1921 r. ożenił się z Heleną Kanieńską, rok później urodziła się jego pierwsza córka – Barbara, a w 1925 r. – Maria. – Ojciec był bardzo życzliwy ludziom, towarzyski, z połową świata był na „ty”, zawsze starał się pomagać, co czasem go gubiło, również finansowo. Mama mu mówiła: „Leon, ty sprawdź najpierw, kto to jest, a dopiero później pomagaj”, ale często jej nie słuchał. Kiedyś do domu zapukał pewien ubogi człowiek pochodzenia romskiego i prosił, aby tata poszedł z nim i pomógł rodzącej żonie. Tata oczywiście zgodził się bez żadnych zastrzeżeń, a do domu wrócił bez portfela. Takie zdarzenia nie zmieniły jednak nigdy jego ufności i poświęcenia dla ludzi – opowiada starsza córka Doktora. Dom Surzyńskich zawsze był dla gości otwarty.

Początek lat dwudziestych to także czas, kiedy Leon Surzyński zaczyna silniej rozwijać działalność polityczną. Wcześniej, jeszcze jako student,

związał się z ruchami na rzecz odrodzenia Polski, gdzie zapoznał się z ideologią piłsudczyków, której pozostał wierny do końca życia. W czasach poznańskich mocno ta działalność się dynamizuje. W 1923 r. wstąpił do Narodowej Partii Robotniczej, a pięć lat później został posłem na Sejm (NPR-Lewica). Posłem był wybierany także w kolejnych kadencjach, ale już z listy BBWR. W 1938 r. został wicemarszałkiem Sejmu. Był świetnym mówcą, co z pewnością pomogło mu rozwinąć karierę.

Dramat czasu wojny

Kariera polityczna doktora Surzyńskiego została zatrzymana po wybuchu II wojny światowej. Jeszcze we wrześniu przedostał się do Bukaresztu, gdzie przez pewien czas mieszkał w jednym pokoju z Melchiorem Wańkowiczem. Potem dostał się na Cypr (gdzie założył chór!), a w 1941 r. trafił do Palestyny. Tam zgłosił się do służby w Ośrodku Zapasowym Samodzielnej Brygady Strzelców Karpackich. Oddelegowano go do pracy w szpitalu w Baragwanath koło Johannesburga w Związku Południowej Afryki, gdzie



Bal Lekarzy Polskich w Royal Garden Hotel, Kensington. Od lewej: Irena Anders, gen. Władysław Anders, Helena Surzyńska, dr Leon Surzyński, pani Buttówna (sekretarka Związku Lekarzy Polskich), Anna Andersówna, hr Popiel. Luty 1966

Leon Surzyński został odznaczony między innymi Orderem Odrodzenia Polski i Krzyżem Walecznych.

organizował opiekę dla polskich weteranów i uchodźców. W tamtym czasie spotkał się z premierem ZPA Janem Smutsem, któremu wręczył drewniane, ręcznie rzeźbione szachy, których figury przedstawiały głowy królów i królowych Polski. Premiera obdarowano w podziękę za pomoc dla szpitali, w których pracował. Podobno szachy do dziś można podziwiać w jednym z muzeów w Johannesburgu. Po zakończeniu wojny dr Surzyński przedostał się do Wielkiej Brytanii.

Rodzina doktora Surzyńskiego (żona i córki) pozostała w czasie wojny w Polsce. Ich dom rodzinny w Poznaniu został zajęty przez niemieckiego generała, a cała jego zawartość, wraz z cenną korespondencją stryja Józefa z księżną Marceliną Czartoryską (ukochaną uczennicą Chopina) została wywieziona. – Z mamą i siostrą udałyśmy się na Lubelszczyznę, gdyż w tamtym czasie myślano, że front zatrzyma się na Wiśle. Los nie był jednak dla nas łaskawy i przez tę decyzję pozostaliśmy w rozłące z tatą na wiele lat. On nie mógł wrócić do Polski, a my wyemigrować do niego. Mama dołączyła do niego (do Londynu) dopiero po 19 latach rozłąki, natomiast ja zobaczyłam ojca, gdy miałam 41 lat, a nie widziałam go od 17. roku życia – wspomina Barbara Surzyńska-Zakrzewska.

Dr Sur!

Podczas pobytu w Anglii Leon Surzyński, wspólnie z angielskim – jak wierzył przez wiele lat – lekarzem, prowadził prywatną praktykę lekarską w Londynie. Miał pod swoją opieką kilka tysięcy pacjentów. Po porady przychodzili do niego głównie Polacy i Żydzi polskiego pochodzenia, choć z czasem zaczął przyjmować coraz więcej Anglików, którzy nazywali go Dr Sur, bo nie potrafili wymówić pełnego nazwiska. – Oni wolili przyjść do mojego taty, bo angielscy lekarze byli zbyt sztywni. A Doktor Sur był cierpliwy, umiał słuchać i wszystko jasno wytłumaczyć, czasem nawet narysować. Poza tym był zwolennikiem tradycyjnych metod leczenia, a penicylinę przepisywał tylko w skrajnych przypadkach. Pacjentom to bardzo odpowiadało – mówi pani Barbara. Pacjenci potrafili rozśmieszyć Doktora Leona do łez, jak na przykład wzięta londyńska kapeluszniczka (pochodząca z Krakowa), która na widok wyników swoich badań powiedziała: „Ta moja moc to jak Wisła po burzy!”, a innym razem w dowód wdzięczności za opiekę podarowała dla żony doktora czerwony kapelusz. Prezent bardzo go zdziwił, ale oczywiście zabrał go do domu. Wręczył go doktorowej, która... nigdy na głowę go nie włożyła, uznając to za zbytnią ekstrawagancję. Pozostał więc w szafie jako miła, przypominająca tę historię pamiątka. Zdarzyło mu się nawet uratować Mieczysławę Ćwiklińską, ikonę polskiego kina i teatru. Pani Mieczysława podczas występu teatralnego miała ostry atak kamieni żółciowych, ale całe szczęście widzem tego przedstawienia był dr Surzyński.

Leon Surzyński od 1949 r. do śmierci kierował Związkiem Lekarzy Polskich na Obczyźnie w Wielkiej Brytanii, którego działalność opierała się między innymi na organizowaniu młodym lekarzom z Polski praktyk w Wiel-

kiej Brytanii i pomocy chorym emigrantom z Polski. Związek przysyłał też leki dla poszkodowanych w Powstaniu Warszawskim. W ramach tej organizacji powstała nawet komórka samokształceniowa, której celem było wygłaszanie referatów dotyczących najnowszych osiągnięć medycyny. Jednym z jej członków była Wanda Piłsudska, lekarka i córka Józefa Piłsudskiego. A co roku odbywał się w Związku noworoczny bal. Często tam bywał sam gen. Władysław Anders.

Leon Surzyński działał także charytatywnie, pomagając pensjonariuszom Domu Opieki „Antokol” w Londynie. Pozostał też wierny muzyce. Od 1955 r. przewodniczył Związkowi Chórów Polskich w Wielkiej Brytanii. Nie zaprzestał także działalności politycznej. Działał w radzie naczelnej Ligi Niepodległości Polski, a w 1954 r. został prezesem Głównej Komisji Rewizyjnej Skarbu Narodowego. Do końca swojego życia pozostał na emigracji. Odszedł w 1967 r. – w ostatnich chwilach wezwano do niego jego współnika, ten jednak nic już nie mógł zrobić. Był tak wzruszony, że po raz pierwszy w obecności rodziny przemówił w języku polskim. Wszyscy się mocno zdumieli, bo dotychczas myśleli, że to Anglik i zawsze komunikowali się w jęz. angielskim. Okazało się jednak, że ów współnik był Żydem z kresów, ale ukrywał swoją tożsamość z powodu traumy, jakiej doznał w latach wojennych.

Doktora Leona Surzyńskiego żegnano w Londynie z honorami. Następnie jego ciało sprowadzono do Polski, tu jednak, ze względu na sytuację polityczną w Polsce, jego pochówek był bardzo skromny. Spoczął na cmentarzu na Junikowie w Poznaniu. ■



Dr Leon Surzyński w czasach, gdy pracował w Londynie



Delegacja rządu londyńskiego. Leon Surzyński przekazuje premierowi ZPA szachy. Johannesburg, 10 stycznia 1944

Źródło: Wspomnienia spisane na podstawie rozmowy z Barbarą Surzyńską-Zakrzewską, a także dane uzyskane z Polskiego Słownika Biograficznego, T.46/1, red. nacz. Andrzej Romanowski, Polska Akademia Nauk, Polska Akademia Umiejętności (autor życiorysu: Janusz Karwat).

– kraj skomplikowany, dobrze poukładany

Długie życie, dobre zdrowie, większość zadowolona – mimo złożoności systemu, wysokich podatków i współpłacenia.

Polityka zdrowotna jest wspólną troską państwa i wspólnot (regionów). Regulacje i finansowanie, ustalanie kryteriów akredytacji placówek i minimalnych standardów, legislacja dotycząca kwalifikacji, polityka lekowa – to poziom federalny (systemem zarządza Federalne Ministerstwo Spraw Socjalnych i Zdrowia Publicznego). Poziom regionalny to profilaktyka i promocja zdrowia, zdrowie matki i dziecka, koordynacja świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym długoterminowej i domowej, finansowanie inwestycji w podległych placówkach, organizacja opieki psychiatrycznej. Decyzje dotyczące ubezpieczeń i finansowania podejmują wspólnie przedstawiciele rządu, kas chorych, pracodawców, pracowników etatowych i samozatrudnionych. Problemy, za które odpowiadają regiony, koordynują międzyministerialne konferencje. Kompetencje prowincji i gmin są ograniczone, organizują one wsparcie socjalne, pomoc doraźną i prowadzą szpitale publiczne. W 2006 r. wydatki na zdrowie na poszczególnych poziomach przedstawiały się następująco: poziom federalny – 68%, wspólnoty i regiony – 1,5%, prowincje i gminy – 2%.

Wpływ na działanie systemu i politykę zdrowotną mają także organizacje pozarządowe: samorządy i stowarzyszenia profesjonalne, związki zawodowe, organizacje pracodawców i pacjentów.

Podstawą systemu solidaryzm

Belgijski system ochrony zdrowia oparty jest na solidaryzmie między bogatymi i biednymi, zdrowymi i chorymi. Jego główne źródła finansowania to składki na powszechne ubezpieczenie i podatki (razem 66%) oraz subsydia rządowe federalne i regionalne (10%) i podatek VAT (14%).

Tytułem do ubezpieczenia zdrowotnego jest zatrudnienie. Funkcjonują dwa podstawowe schematy ubezpieczenia: ogólny – obejmuje 90% populacji, oraz dla samozatrudnionych – obejmuje 10%. Składki zdrowotne płacą pracownicy (13%

wynagrodzenia) i pracodawcy (25%). Wysokość składki samozatrudnionego zależy od jego rocznych dochodów.

Ubezpieczony musi być członkiem dowolnego, jednego z sześciu narodowych stowarzyszeń kas chorych albo regionalnego oddziału publicznego Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego. Obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym zarządza Narodowy Instytut Zdrowia i Ubezpieczenia Zdrowotnego (NIZUZ). Finansuje on kasy chorych, w których gestii jest refundowanie usług.

Refundacja nie wystarcza

Ubezpieczenie pokrywa 67% wszystkich wydatków zdrowotnych, 23% pochodzi ze współpłacenia pacjentów, reszta z ubezpieczenia dobrowolnego oferowanego przez różne kasy (5%) i ze środków lokalnych. Usługi refundowane są opisane i wycenione w krajowym wykazie (zwanym nomenklaturą) obejmującym ponad 8000 pozycji i negocjowanym co rok lub dwa przez kasy i profesjonalistów medycznych. Poziom refundacji zależy od rodzaju usług, dochodów i statusu socjalnego pacjenta, ale także od rocznej sumy uiszczonych przez niego dopłat.

Wykaz leków w pełni lub częściowo refundowanych obejmuje ok. 2500 pozycji. O poziomie refundacji decyduje znaczenie terapeutyczne i społeczne specyfiku: leki na choroby poważne i przewlekłe to kategoria A – 100% refundacji, B, C to leki ważne ze względów medycznych i społecznych (75, 50, 40, 20% refundacji) i D – pełnopłatne.

Pacjenci partycypują w kosztach leczenia. W opiece otwartej dopłacają: 25% za konsultację lekarza ogólnego, 35% za wizytę domową, 40% za konsultację specjalisty, fizjoterapeuty, dietetyka. Niezamożni (z rocznymi dochodami poniżej 14 340 euro) płacą odpowiednio 10%, 15% i 20%. W opiece zamkniętej pacjent płaci: za dobę pobytu, specjalne warunki (np. jednoosobowy pokój), dodatkową opiekę lekarską, leki (0,62 euro za dzień), badania laboratoryjne (7,44 euro za po-

byt), procedury techniczne (16,40 euro za pobyt). Powyżej określonego rocznego limitu wydatki na zdrowie są refundowane. I tak dla niskouposzczonych limit wynosi 450 euro rocznie, przy dochodach od 24.770 do 33.430 euro pełna refundacja przysługuje po przekroczeniu 1000 euro, zaś przy dochodach wyższych niż 41.730 euro – powyżej 1800 euro. Chorzy przewlekłe i na rzadkie choroby wymagające kosztownego leczenia otrzymują wsparcie z funduszu solidarnościowego.

Jednolite mechanizmy

Świadczeniodawcy opieki zdrowotnej należą do dwóch grup: pierwsza to instytucje zdrowotne (szpitale i inne zakłady opieki stacjonarnej, laboratoria, przychodnie), druga – profesjonaliści medyczni, w większości samozatrudnieni (poza pielęgniarkami i położnymi w szpitalach); na etatach klinicznych pracuje zaledwie 1% lekarzy. W 2008 r. działało w Belgii 207 szpitali, w tym 139 ogólnych, reszta – psychiatryczne. Większość szpitali (150, 72%) to prywatne placówki non-profit; publiczne należą głównie do prowincji, municypów, społeczności lub lokalnych konsorcjów. Mechanizmy finansowe i prawo są takie same dla wszystkich rodzajów szpitali, natomiast wewnętrzne zasady zarządzania wynikają z lokalnych uwarunkowań. Szpitale uniwersyteckie mają specjalny status w związku z ich funkcją edukacyjną i badawczą, co przekłada się m.in. na ich budżet. Geriatryczne są przeznaczone dla osób starszych wymagających specjalistycznej opieki. W geriatrrii i psychiatrii rozwijane są struktury i formy alternatywne do hospitalizacji: pobyty dzienne, opieka długoterminowa, zakłady pielęgniarstwa.

Lekarze limitowani

Kształcenie lekarzy trwa sześć lat, zasady przyjęć na studia i selekcji są zróżnicowane, np. we Flandrii obowiązują egzaminy wstępne, zaś w Walonii – selekcja po pierwszym roku. Liczbę miejsc na uczelniach ustala się ogólnie – w 2012 r. miało

• **Belgia to kraj o skomplikowanej strukturze.** Jest państwem federalnym (tworzą ją trzy wspólnoty i tyleż regionów autonomicznych: flamandzki, waloński i stołeczny Brukseli), natomiast jej ustrój to monarchia konstytucyjna – głową państwa jest król, ale władzę ustawodawczą sprawuje dwuizbowy parlament, zaś władza wykonawcza należy do rządu. Poziomy rządzenia są trzy: federalny, regionalny i lokalny (prowincje i municypia).

• **Z 10,7 mln mieszkańców (2008 r.) jest to jeden z najgęściej zaludnionych krajów Europy (349 osób na km²).** Ma trzy oficjalne języki: holenderski (59%), francuski (40%) i niemiecki (1%). PKB na mieszkańca w 2009 r. wyniósł ponad 30 000 euro (powyżej średniej unijnej). Podatki w Belgii należą do najwyższych w Europie. W 2007 wydatki na zdrowie wynosiły 10,2% PKB, 3595 US\$ PPP na mieszkańca – co dawało szóstą pozycję w UE27. Belgowie żyją długo – średnia dla kobiet to ponad 80 lat i nieco poniżej dla mężczyzn. Tylko 23% ocenia źle swoje zdrowie. Usługi medyczne zadowolają 65%.

• **Satysfakcja Belgów z systemu opieki zdrowotnej (2002)**

Zadowoleni z organizacji opieki – 65%; system jest dobrze zarządzany – 24% Belgów (13% Europejczyków); niewielkie zmiany by się przydały – 41% (31%); potrzebne są zmiany zasadnicze – 23% (38%); trzeba go całkowicie przebudować – 5% (13,5%).



je opuścić 890 absolwentów. Dotyczy to też specjalizacji – ustalono, że w latach 2008–2014 trzeba wykształcić 300 lekarzy rodzinnych, 20 psychiatrów dziecięcych, pięciu specjalistów medycyny ratunkowej. W 2008 r. było w Belgii 31 300 lekarzy.

Pełne kształcenie prowadzi siedem uczelni. Studia są dwustopniowe: ogólnomedyczne (odpowiednik licencjatu) oraz kliniczne z praktyką w szpitalu (magisterskie). Dyplom lekarza nie uprawnia do praktykowania – potrzebna jest licencja, której na czas nieograniczony udziela federalny minister ds. zdrowia (może być cofnięta za nielegalne, nieetyczne praktyki; za które ukarać i wykreślić z rejestru może także samorząd). Lekarzy obowiązuje rejestracja w oddziale samorządu lekarskiego (podobnie w przypadku farmaceutów i pielęgniarek). Wynagrodzenia lekarzy są negocjowane w ramach ugód między usługodawcami i ubezpieczycielami, a także umów zbiorowych.

Dwa sposoby finansowania

Zapłata świadczeniodawcom odbywa się na dwa sposoby: bezpośredni (fee-for-service, stosowana głównie w opiece ambulatoryjnej) – pacjent pokrywa pełne koszty świadczenia, następnie otrzymuje zwrot z kasy chorych; lub też świadczeniodawcy płaci kasa, a pacjent dopłaca w ramach współpłacenia (dotyczy to usług szpitalnych i leków). Teoretycznie opłaty za usługę od pacjenta i kasy trafiają do lekarza, jednak w praktyce mocą porozumienia między lekarzem a szpitalem ten drugi potrąca część wynagrodzenia lekarza jako swoje koszty ogólne. W 2009 r. było to średnio 40% (zależnie od stopnia wykorzystania wysoko-specjalistycznego sprzętu medycznego).

Pacjent ma swobodę

W Belgii lekarz rodzinny nie pełni roli gate-keepera. Można w każdym momencie dokonać wyboru i zmiany lekarza, konsultować się u kilku lekarzy

jednocześnie, bez skierowania udać się do specjalisty lub szpitala. Ustawa o prawach pacjenta zapewnia też prawo do odpowiedniej jakości usług i opieki, pełnej informacji o stanie zdrowia, wglądu do dokumentacji, ochrony prywatności, skargi i pomocy kompetentnego rzecznika.

Kolejki są rzadkością, dotyczą np. przeszczepów (z braku dawców). To efekt planowania, sprawnego działania systemu akredytacji i precyzyjnego zdefiniowania programów opieki dla ginekologii, kardiologii, onkologii, pediatrii i geriatrii – od konsultacji do hospitalizacji, a także współpracy i komunikacji między specjalistami w celu realizacji właściwej ścieżki opieki. ■

Korzystałam z opracowań:

„Health Care Systems in Transition: Belgium. Health System Review 2010”, przygotowanego przez European Observatory on Health System and Policy, http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Belgium oraz źródeł własnych.



Joanna Sokołowska

Dzień po...

Szpital, czwarta rano.

Za każdym razem „o tej porze bezdusznej i nikłej, kiedy właściwie noc się już skończyła, a świt nie zdążył jeszcze zacząć się na dobre”, gdy delikatny wyrzut dyżurowej adrenaliny nie pozwala odczuwać zmęczenia, zadaję sobie pytanie: dlaczego to robię?

Profesor Zbigniew Religa powiedział kiedyś, że dyżur lekarski jest przygodą. Ale w sumie to ja nie lubię przygód... Niby wszystko jest pod kontrolą aparatów, które robią „ping”, ale są emocje – czasem jak przy skoku ze stratosfery, a ja się trochę boję wysokości... Cemu więc nie szukam sposobu na komfortowe stąpanie po bezpiecznym ambulatoryjnym gruncie?

Bo lubię? Kiedyś policzyłam, że mając sześć dyżurów w miesiącu, na każde pięć lat lekarskiego życia, spędzam rok w szpitalu. Nie, przecież nie jest możliwe, żeby wykształcony człowiek, choć nie magister, lubił pracować wtedy, gdy reszta ludzkości oddaje się uciechom życia domowego!

Dla pieniędzy? To dobry argument, choć mocno naciągany. Przecież, wprawdzie nie magister, ale jednak człowiek wykształcony, gdy rozejrzy się, nawet tylko pobieżnie wokół siebie, znajdzie parę innych sposobów na gromadzenie dóbr doczesnych – mniej ryzykownych, bardziej higienicznych i estetycznych.

Dla sławy? Dla chwały? Dla realizacji ambicji? Dla sprawdzenia umiejętności? Z przyzwyczajenia? Z braku lepszego pomysłu? Z niechęci do domowych obowiązków?

Tym, którzy podobnie jak ja zadają sobie takie pytania w blasku szpitalnego świtu, odpowiadam: najfajniejszy w dyżurowaniu jest dzień po dyżurze!

Można spać wtedy, gdy inni, nawet ci z mgr przed nazwiskiem, pracują. Trochę szkoda dnia, ale ponieważ w domu zazwyczaj nikogo nie ma, można się nawet do tego lenistwa nie przyznawać. Można iść wszędzie tam, gdzie inni dotrą dopiero po szesnastej – na zakupy, na basen, do parku. Jest duża szansa, że czas spędzimy w dobowym towarzystwie kolegów dyżurantów. Pomiędzy sklepowymi półkami i wieszakami wymienimy się wrażeniami z minionej szpitalnej doby. Trasy wędrówek należy jednak planować z rozwagą, by nie natknąć się na pacjentów, którzy z pewnością postanowią przypadkowe spotkanie przeistoczyć w drobną poradę lekarską w terenie.

Jako najbardziej pouczające doświadczenie w podyżurowym czasie, polecam prze-

ście na drugą stronę lustra. Jeśli będziemy przestrzegać zasady niewykorzystywania zawodowych znajomości, otrzymamy lekcję funkcjonowania systemu, a może nawet poszerzymy wiedzę o samych sobie.

Ponieważ część poradni specjalistycznych pracuje w godzinach, które większość pełnoletnich szczęściarzy spędza w pracy, możemy zostać, bez konieczności wykorzystywania urlopu, choć na chwilę PACJENTA-MI. Aby poczuć się jak James Bond i wniknąć anonimowo w strukturę poczekalni Bardzo Specjalistycznej Poradni, najpierw trzeba się zarejestrować. Do tego również przyda się dzień po dyżurze. Oczywiście istnieje możliwość rejestracji telefonicznej, ale jest to jedynie test wytrwałości, służący wstępnej eliminacji z kolejki tych, którym aż tak bardzo na wizycie nie zależy. Najbardziej zdecydowanie terminowani po kilkudziesięciu minutach wsluchiwanie się w natarczywe „pip – pip”, świadczące o tym, że linia telefoniczna jest zajęta, usłyszą informację, że w trosce o jakość usług ich rozmowa zostanie nagrana.

Jako najbardziej pouczające doświadczenie w podyżurowym czasie, polecam przejście na drugą stronę lustra. **Jeśli będziemy przestrzegać zasady niewykorzystywania zawodowych znajomości, otrzymamy lekcję funkcjonowania systemu, a może nawet poszerzymy wiedzę o samych sobie.**

Proszę się nie martwić, pani odbierająca telefony też wie, że rozmowy są rejestrowane i nie podniesie słuchawki za skarby świata. Pozostaje nam telefon do przyjaciela, który przyjmuje w Bardzo Specjalistycznej Poradni, ale to droga na skróty*. Trzeba się zapisać osobiście! Czasu po dyżurze jest sporo, więc nie martwmy się tym, że w okolicy Bardzo Specjalistycznej Poradni nie znajdziemy miejsca do zaparkowania samochodu. Jeżeli nie zatrzymujemy się z zasady na „kopertach” dla niepełnosprawnych i na miejscach dla karet pogotowia, mamy przed sobą kilkuminutowy spacer, co z pewnością jest elementem sprytnie zaplanowanej profilaktyki. Potem lekcja kolejkowego egalitaryzmu – kubeł zimnej wody na naszą lekarską głowę. Przed nami osobista konfrontacja z Panią Rejestratorką, która z pewnością wskaże nam właściwe miejsce w hierarchii oczekujących na wizytę oraz udowodni brak kompetencji autora skierowania, które dumnie trzymamy w dłoni. Dla wzmocnienia efektu, proponuję napisać skierowanie osobiście – dowiemy się o so-

bie rzeczy, których nie powie nam nawet najbliższy przyjaciel – od zwrócenia uwagi na zaburzenia w zakresie motoryki małej po brak elementarnej wiedzy medycznej!

Jeśli szczęśliwie otrzymamy status „oczekującego na wizytę w Bardzo Specjalistycznej Poradni”, po kilku miesiącach czeka nas ostatnia prosta – kolejka do gabinetu. Kolega, na spotkanie z którym tak cierpliwie czekamy, może się spóźnić – kilka minut lub kilka godzin. Stali bywalcy Poradni na pewno poinformują nas o jego (złych) zwyczajach. Nie denerwujemy się, że bez względu na przestrzeganie wyznaczonej godziny wizyty, znajdziemy się na końcu kolejki. Oczywiście zostaniemy poddani działaniom zaczepnym w formie podchwytliwych pytań o to, jaki mamy „numerek” i „na którą godzinę”. Jesteśmy niedoświadczeni, więc musimy pochylić z pokorą głowę przed kolejkowymi weteranami. Wykorzystajmy czas na pilne słuchanie. Dowiemy się o sobie i kolegach lekarzach rzeczy, o których milczą nawet nasi najwięksi wrogowie!

Już w gabinecie kolega lekarz przywita się z nami serdecznie. „A nie mogłeś zadzwonić?!” – zgani z uśmiechem. Nie tłumaczymy, że chcieliśmy przez chwilę poczuć się zwykłym pacjentem, bo skieruje nas do innej Poradni Specjalistycznej, zajmującej się tym, czego brak przeczuwamy o czwartej rano na dyżurze – zdrowiem psychicznym... ■

* Tekst ma charakter publicystyczno-prześmiewczy i proszę nie traktować go poważnie. Jeśli faktycznie potrzebujemy pomocy kolegi pracującego w Bardzo Specjalistycznej Poradni, należy korzystać z procedury „Telefon do przyjaciela”.



Sławomir Pietras

Za pięć dwunasta jeszcze Amor...

Od dnia pogrzebu twórczość ta jeszcze się nasiliła:

Łapicki spocznie obok dziadka i pierwszej żony. Kamila Łapicka nie dostanie renty. Majątek Łapickiego musi wystarczyć wdowie. Gwiazdy i politycy pożegnali Łapickiego. Kamila uciekła ze stypy na kawę z koleżanką. Uciekła od znajomych Łapickiego. Nie ma stałej pracy. Z czego będzie żyła żona Łapickiego? Żałoba odebrała jej apetyt. Pożar na grobie Andrzeja Łapickiego. Kamila modli się za zmarłego męża. Wdowa po aktorze ma Citroëna C-I. Kamila Łapicka ucieka z domu męża. Nie dostanie mieszkania po Andrzeju Łapickim. Kamila Łapicka ma nowego partnera: Paweł Ciołkosz (30 l.). Kamilo! Przecież to dziecko. Ostatnie słowa mistrza Łapickiego: Żoneczko, taka jesteś dla mnie dobra, do jutra... Chciał rozwodu przed śmiercią? Potajemnie zmienił testament? Piękna to ty nie jesteś! Dlaczego wyrzuciła rzeczy zmarłego... Rzeczy Andrzeja Łapickiego bezpieczne. Emilian Kamiński: Uratowałem pamiętki po Mistrzu.

Kilka dni temu widziałem jeszcze na półkach księgarskich książkę z dawnym zdjęciem Mistrza na okładce. Jest to zapis rozmów nagrywanych przez Kamilę od wiosny 2012 r., na które pan Andrzej godził się raz chętnie, to znów bez specjalnego

entuzjazmu. Praca ukończona została na kilka dni przed śmiercią. Są to więc ostatnie zapisane myśli Mistrza. Dają one wiele odpowiedzi na pytania, zawarte w przytoczonych wyżej tytułach. No, chyba że Zuzanna Łapicka-Olbrychska zdecyduje się na publikację dziennika ojca, który podobno obecnie odczytuje z rękopisu, mając spore wypieki przy tej lekturze.

Postanowiłem zarekomendować tę książkę w przekonaniu, że małżeństwo w finale długiego życia z osobą dopiero je rozpoczynającą, to nie tylko kwestia uczucia, potrzeb duchowych, kwestii praktycznych czy spraw materialnych. Jest to również zagadnienie medyczne. A w moich felietonach dla lekarzy usiłuję zajmować się różnorakimi związkami sztuki i medycyny.

Wielokrotnie stykałem się z udanymi związkami starych lekarzy z młodzieńkami artystkami. O wiele rzadziej widuje się zakochane pary sędziwych lekarek z debiutującymi dopiero chłopcami. Może ukrywają swe uczucia przed ciągle nietolerancyjnym, rodzimym otoczeniem?

Wracając do Andrzeja Łapickiego, przytoczę komentarz pewnego internauty, który na wieść o tym małżeństwie napisał: „Na pewno nie żałuje... Jest legendą i za pięć dwunasta jeszcze Amor... To jest coś!”. ■

*Autor jest dyrektorem
polskich teatrów operowych.*

Listy do redakcji

List otwarty w sprawie anonimizacji pacjentów

ADRESACI:

*Pani dr Ewa Kopacz, Marszałek Sejmu,
Pan dr Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia,
Pani Krystyna Barbara Kozłowska,
Rzecznik Praw Pacjenta,
[inni]*

Do napisania tego listu skłoniły mnie dwa niedawne wydarzenia: wprowadzenie w szpitalach na mocy rozporządzenia resortu zdrowia opasek identyfikacyjnych oraz wypowiedź Głównego Inspektora Danych Osobowych, aby nie wywoływać pacjentów

czekających na wizytę u lekarza po nazwisku. Przepis wydany na podstawie ustawy przez Ministerstwo Zdrowia ma chronić nie tylko prywatność pacjentów, ale również zminimalizować możliwość na przykład omyłkowego podania leku. GłODO uważa, że poprzez skojarzenie konkretnej osoby ze specjalistą od konkretnego rodzaju schorzeń narusza się prywatność i można godzić w dobro osobiste człowieka. Lepiej zastosować numerek, jak rozumiem – system kolejkowy stosowany w urzędach pocztowych – co dodatkowo poprawi organizację pracy

Biodro ułana



Artur Andrus

Tutaj bije serce polskiej piosenki” – powiedział pan z telewizji, zapowiadając koncert festiwalu w Opolu. „Ten ośrodek powołaliśmy po to, żeby nasi podopieczni mogli wreszcie stanąć na dwóch nogach i zacząć oddychać dwoma płucami” – to z kolei wypowiedź pewnego księdza. Jest park nazywany „zielonymi płucami Warszawy”. Mam znajomego, który nazywa tak swoją żonę. Ze względu na liczbę i mentolowość wypalanych przez nią papierosów.

Przygotowując się do programu telewizyjnego poświęconego dwudziestolecu międzywojennemu, przejrzałem książkę, w której wymieniono tytuły piosenek, wydanych w Polsce na płytach przed II wojną światową. Coś około ośmiu tysięcy utworów. I co? Po prostu rymowany „Atlas anatomii człowieka”. Setki piosenek o: nogach („Gdybym ja miał cztery nogi”), rękach („Tego nie wolno wziąć do ręki”), nosach („Ach, co za nos”), oczach („W twych oczach widzę siebie”), ustach („Usta twe jak róży kwiat”), no i na pierwszym miejscu – serce („Serce na oścież”, „Hawajskie serce i gitara”). Tytuły w nawiasach to tylko przykłady. Wykazy piosenek z rymowanego „Atlasu anatomii człowieka” mogłyby wypełnić trzy następne numery „Gazety Lekarskiej”. Są nawet takie, w których tytule pojawia się równocześnie kilka części człowieka: stopy i serce („U stóp ci składam moje serce”), oczy i serce („Oczy twe to Wiednia serce”), palec i buzia („Wyjm ten palec z buzi”).

Ale tutaj niestety koniec. Kiedy już się cieszyłem na piosenki o innych częściach człowieka, okazało się, że takich nie ma. Przedwojenni poeci nie pisali tekstów typu „Kocham Ciebie całym sobą, lecz najbardziej mą wątrobą”, „Nawet kochanki tak się nie rzuca, ja tak wierzyłam w twoje płuca”, „Życie pełne jest rozterek, przytul się do moich nerek”.

Że co? Że nie wypada? Ale tylko dlatego, że sobie daliśmy wmówić, że serce jest najważniejsze! Wiedziałem w swoim życiu kilka festiwalu, o których pan z telewizji powinien mówić: „Tutaj boli wątroba polskiej piosenki” albo „Tutaj nie wyrabiają nerki polskiej piosenki”. Dlaczego w tytule żadnej piosenki nie pojawia się mózg? Korzystając z zamilowania przedwojennych twórców do rymowania z imionami („Ada to nie wypada”, „Czy tutaj mieszka panna Agnieszka?”, „Rafałek, jeszcze kawalek”, „Panna Fela oczkiem strzela”, „Pan ma profil jak Teofil”, „Tomasz, skąd ty to masz?” i mój numer jeden w kategorii „tytuły z imieniem” – „Hugo wszystko robi długo”), można przecież napisać piosenkę „Ula, gdzie druga półkula?” albo „Czy ty myślisz Heniu o Haliny rdzeniu?”, „Dorota, Dorota to czarna jest istota, Barbara, Barbara to jest istota szara...”.

*Nie śpiewali rewelersi
O kobiecej piersi.
Bo to wyuzdane zbyt.
I w ogóle wstyd.
Ale dzisiaj, ale dzisiaj,
Nie wstydziliby się Krysia,
Nagą piersią szczodra
O ułana biodro.*

*Ref:
Biodro ułana,
Doświadczone, chociaż młode,
Biodro ułana,
Najpiękniejsze z wszystkich bioder,*

*Ucałuj, ucałuj dziewczyno kochana,
Pachnące pszenicą biodro ułana.
Tu gdzie Wisła, tu gdzie Odra,
Tylko w Polsce takie biodra,
Kiedy życie z marzeń odrze,
Możesz wesprzeć się na biodrze.*

*Posiwały kare konie
Trzęsą nam się dłonie
Zardzewiała szablą stal
Żal ułana, żal.
Ale bieda, ale bieda,
Dziś wojskowy ortopeda*

*Przymierzając kule
Zaśpiewa ci czule:
Ref:
Biodro ułana,
Doświadczone i niemłode,
Biodro ułana,
Najwytrwalsze z wszystkich bioder,
Niestety, niestety stwierdzono u pana,
Tak zwane „złamane biodro ułana”.
Tu gdzie Wisła, tu gdzie Odra,
Bardzo często takie biodra,
Kiedy życie z marzeń odrze
Już nie wesprzesz się na biodrze. ■*

Autor jest dziennikarzem radiowej „Trójki”, konferansjerem i satyrykiem.

w danej placówce. Tą ostatnią sprawą na wniosek GIODO ma się zająć Rzecznik Praw Pacjenta.

Jestem internistą, pracuję w zawodzie od czasu premiery Mazowieckiego. [...] Wdrażane przepisy zaczynają zmierzać do absurdu i po części zwracają się przeciw pacjentom. Chory w kolejce do gabinetu lekarskiego chętnie się dzieli z innymi pacjentami szczegółami na temat swojego schorzenia, zagaduje siedzących obok, czy też czeka ją do tego samego lekarza, przechodzącą znajomą pielęgniarkę na pewno pozdrowi

i zapyta, czy jego doktor jest zadowolony z urlopu. Otwierając drzwi gabinetu, nigdy nie zaproszę do niego mojej wieloletniej pacjentki inaczej, jak zawsze po nazwisku. Nie wiem, co by zrobiła, gdybym ją wywołał „numerkiem”. To przecież ona jest autorką słynnego porzekadła: „Doktor to więcej niż ksiądz, bo kto by księdzu wszystko mówił”.

Dlatego zwracam się do Pani Marszałek, po pierwsze – lekarza, Pana Ministra Arłukowicza, na szczęście – lekarza, kompetentnej, wszechstronnie wykształconej Rzecznik Praw Pacjenta – może należy zastopować

dalszą anonimizację pacjentów. [...]

List jest przydługi, wiadomo, o co chodzi. Może idealistyczny, ale ze względu na wagę sprawy jest to list otwarty. Jestem pewien wielu refleksji czytelników, byłoby pięknie sprowokować inne wypowiedzi na ten temat.

*Lek. med. Bogusław Lenard
specjalista chorób wewnętrznych*

*Pełna treść listu na stronie
www.gazetalekarska.pl.*



Agata Morka

Zmiana warty

Kiedy malarz maluje malarza, to jest to szczególnie, utrwalony na płótnie dialog. Kiedy to sam Rembrandt podejmuje się tego wyzwania, to przekłada je na niezwykłą, intymną rozmowę.

W roku 1665 przed sztalugą mistrza zasiada Gérard de Lairese, wówczas 24-letni artysta próbujący swych sił jako ilustrator i malarz. Zaledwie rok wcześniej de Lairese uciekł z rodzinnego Liège, ścigany wspomnieniami nieudanego, dramatycznego romansu. Młodzieńcowi daleko jednak było do typowego amanta. Jego powierzchowność bardziej niż zachwyt budziła zgrozę na salonach, dziwnie zdeformowana

twarz zachęcała do kąśliwych komentarzy wśród towarzystwa, choć przyznawano, że de Lairese niedostatkowi piękna nadrobił elokwencją.

Rembrandt, wówczas prawie sześćdziesięcioletni, postawiony jest więc przed złożonym problemem: otóż ma przed sobą brzydotę, młodość i talent, zamknięte w jednej postaci – adepcie sztuki, której sam Rembrandt jest niekwestionowanym mistrzem. Rembrandt umieszcza portretowanego w ciemnym wnętrzu, odzierając go z niepotrzebnych kontekstów i kierując całą uwagę widza na de Lairese’a. Ta introwertyczna kompozycja, podkreślona skosem pleców i rąk, potęguje jeszcze nastrój jakiegoś szczególnego

skupienia, czai się tutaj przecucie następstwa, przejścia, wreszcie przemijania. Rembrandt patrzy wyjątkowo wnikliwie, jakby przewidywał, że to de Lairese właśnie już za cztery lata, po śmierci mistrza, zostanie jednym z najsławniejszych holenderskich malarzy. Oddaje jego twarz w szorstkich pociągnięciach pędzla, nie idealizuje, z premedytacją oświetlając i studiując tę frapującą fizjonomię swojego następcy.

Badacze twierdzą, że za brzydotą de Lairese’a stała pewna wrodzona choroba. Na co cierpiał?

Autorka jest doktorem historii sztuki.

Rembrandt van Rijn „Portret Gerarda de Lairese’a” (lata 60. XVII w.)





Znajdź cztery szczegóły różniące obrazy. Wskaż oryginał i postaw rozpoznanie.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 14 grudnia 2012 r.

W temacie maila należy wpisać GL12.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych.

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

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



NAGRODZENI

Bilety do Teatru Kamienica za prawidłowe wskazanie szczegółów różniących obrazy (nikt nie postawił właściwego rozpoznania) w zagadce z **GL11** otrzymują:

1. Anna Byśko z Warszawy
 2. Aleksandra Wasiak z Warszawy
- Gratulujemy!



Rozwiązanie poprzedniej zagadki

Oryginał to obraz A umieszczony na dole strony. Dwie kobiety z rodziny królewskiej przedstawione zostały przez Goyę z oznakami choroby, malarz różniące jednak stopień dbałości o ich realistyczne oddanie. Starsza siostra króla, Maria Józefa, skryta nieco w cieniu po lewej stronie obrazu na drugim planie potraktowana została przez malarza z niezwykłą uczciwością: jej pomarszczoną twarz o obłąkanym niemalże spojrzeniu prawie w połowie pokrywa ciemna narośl, diagnozowana jako toczeń. Z drugiej strony obrazu młoda kobieta z dzieckiem (Maria Luisa Józefina) stoi w dziwnie sztywnej pozie, z nienaturalnie wręcz wygiętymi plecami. W tym przypadku malarz postarał się ulepszyć trochę rzeczywistość, kobieta bowiem miała poważny defekt kręgosłupa, wpływający na znaczną deformację jej figury.

1. Zamiana obrazu w tle na obraz religijny (dodanie krzyża).

Obraz w tle portretu królewskiego najczęściej identyfikowany jest jako przedstawienie Lota z córkami. Możliwe, że nawiązanie do tej pikantnej historii córek obcujących z ojcem miało być aluzją do degeneracji rodziny królewskiej. Umieszczenie w tym miejscu obrazu typowo religijnego skłaniałoby do innego, bardziej „politycznie poprawnego” odczytania obrazu i sportretowanych osób.

2. Domalowanie twarzy kobiecie po lewej stronie obrazu, stojącej na pierwszym planie obok królowej i jej dzieci.

Goya nie maluje twarzy kobiety en face. Postać odwraca się od widza, czyniąc tym samym trudnym zidentyfikowanie tej tajemniczej postaci. Niektóre interpretacje widzą ten zabieg jako jeszcze jeden dowód na niekonwencjonalne czy wręcz karykaturalne podejście Goi do sportretowanej rodziny królewskiej. Inni badacze sądzą, że kobieta ma być po prostu narzeczoną stojącego obok niej księcia. W momencie malowania portretu oblubienica dla przyszłego króla Ferdynanda VII nie została jeszcze wybrana, stąd Goya nie mógł namalować jej twarzy.

3. Zmiana koloru ubrania syna królewskiego (stoi między królem a królową) z czerwonego na fioletowy (purpurowy).

Zarówno czerwień, jak i fiolet (a właściwie purpura) uważane były za kolory wyrażające najwyższy autorytet. W starożytności fiolet był kolorem przeznaczonym dla cesarzy. Od czasów wczesnego chrześcijaństwa utożsamiany był z boskością. Wczesne przedstawienia Chrystusa są właśnie w szatach tego koloru. W wieku XV kolor ten jednak był już rzadko używany, ustępując miejsca czerwieni w odniesieniu do najwyższych rangą osób: koronowanych głów czy dostojników kościelnych. Możliwą przyczyną odejścia od purpury na rzecz czerwieni w malarstwie był niedobór pigmentu używanego do uzyskania tego intensywnego odcienia, a pochodzącego ze skorup mięczaków z Morza Śródziemnego.

4. Dodanie Goi wąsów i długich włosów.

Poprzez umieszczenie samego siebie obok rodziny królewskiej, Goya nawiązuje do sławnego obrazu Velazqueza Las Meninas, gdzie artysta również sportretował siebie przy sztalugach. Obecność Goi jest jednak zdecydowanie subtelniejsza, widać zaledwie część jego sylwetki pogrążonej w cieniu. Dodanie wąsów i długich włosów à la Velazquez byłoby wręcz karykaturalnym odniesieniem do wcześniejszego dzieła hiszpańskiego mistrza. ■

Francisco Goya y Lucientes „Karol IV z rodziną” (ok. 1800)





Agnieszka Kania

Misterne rozbieranie

Czego ten pies nie potrafi! I stać na głowie, i fikać koziołki, i wskakiwać do wiadra z wodą – i wychodzić suchą nogą. Czego to on nie umie! Kręcić się w kółko, mówić ludzkim głosem, nucić piosenki, młaskać, zmieniać się w fokę. O, proszę, zaraz się położy na grzbiecie i zacznie machać łapami, jakby się bawił niewidzialnym balonem. Do konkursu piękności raczej się nie nadaje; sierść ma skudloną, skołtunioną, trochę tłustą, trochę suchą, bezbarwną: ni to szarą, ni rudą – taką blondynową. I sterczą mu klaki na mordzie, od razu widać, że nie odwiedza salonów fryzjerskich – Fafikowego Raju, Oazy Pudelka, Azora-Dandysa. Nie wie, co to szampon ani płyn do ondulacji, nie podcina pazurów, nie ściąga kamienia. Jest, jaki jest. Pies z rodziny psowatych, bez rodowodu i taty czempiona. Cyrkowiec amator na gościnnych występach. Kiedy zgasną pochodnie, on po omacku, na czworaka doczłapie do domu. Wyżłopie mleko, skuli się i nawet nie piśnie, gdy jego pan – dobry, nienalógowy – nadeptnie mu na ogon podkutym butem. Ale kto gra tu główną rolę? Inny pan, taki niechlujny, wyblakły i sztywny, już poza lękiem, wstydem i cierpieniem. Leży na stole prosektoryjnym.

Pierwszym uczonym, który opisał teatr anatomiczny, był Alessandro Benedetti. Zrobił to w roku 1502. W książce „Anatomicae, sive historia corporis humani” zaproponował postawienie przestronnej rotundy z centralną, oświetloną sceną. Tu na podwyższeniu miał leżeć nieboszczyk (wywyższony) i czekać, aż „reżyser” uczyni gest i zezwoli prosektorowi na odsłonę ludzkiego wnętrza. Ciekawi budowy człowieka siedzieli po kole, w porządku hierarchicznym, strażnicy zaś pilnowali, aby nie trafił tam nikt nieproszony.

Choć projekty teatrów anatomicznych pojawiały się potem często (przypomnę tylko szczegółowe opisy Guido Guidiego i Charles’a Estienne’a), to dopiero w 1556 r. Felix Plater zanotował, że w Montpellier „zbudowano piękny teatr anatomiczny”. Trzydzieści lat później większy gmach

postawiono w Padwie. To był dopiero teatr! O konstrukcji drewnianej, elipsoidalnej; publiczność zajmowała pięć rzędów: siedzieli ramię w ramię, po czterdziestu na każdym poziomie. Wszystko tam podporządkowano zmysłowi wzroku – oku, tej „najdoskonalszej z wszystkich rzeczy stworzonych przez Boga” – jak pisał Leonardo da Vinci. Wszystko miało służyć jak najlepszemu widzeniu, postrzeganiu. Nie przypadkiem, bo anatomię wykładał tam wówczas Girolamo Fabrici d’Acquapendente, który właśnie pracował nad dziełem „De visone, voce, auditu”. I ciągle wprowadzał poprawki do projektu, zmieniał proporcje, udoskonalał, korygował, ukrywał i odsłaniał, badał rozchodzenie się głosu i przenikanie światła, odbicia i refleksy, czuł nad perspektywą (znał przecież dokonania Leona Battisty Albertiego, który jakieś sto lat wcześniej ustalił system perspektywy centralnej). Wreszcie osobiście nadzorował prace budowlane, aż pawilon zmienił się w gigantyczną metaforę spojrzenia, olbrzymie oko, gdzie w miejscu źrenicy leżał trup.

Pod koniec średniowiecza zaczęto więc odsłaniać ludzkie wnętrza. Nie bez obaw zresztą, nadal pod groźbą zemsty z zaświatów, przemiany denata w upiora. Anthony Masters, powołując się na teksty źródłowe, wyliczył aż czterysta osiemdziesiąt sześć przyczyn, dla których zwykły nieboszczyk mógł się stać wampirem. Wystarczyła pomyłka, niedopełnienie rytuału przejścia, rozczłonkowanie ciała i już umrzyk szukał pomsty, już wyl, straszyl, nawiedzał żyjących. Pomimo lęków postanowiono jednak studiować wiedzę anatomiczną *in visu*, od środka. Powołano do życia sekcje zwłok. Wtenczas dopiero wyszło na jaw, jak bardzo mylił się Galen, opisując budowę człowieka w drugim wieku po Chrystusie. Chcąc go ocenić, potrzebowano dowodów, musiała się narodzić *anatomia sensibilis* (Berengaria de Carpiego) – anatomia czerpiąca ze zmysłów, ufająca wzrokowi, dotykowi i węchowi. Uczeń mężowie musieli wejść głębiej, tam, gdzie dotąd zapusz-



Andrzej Sznejweis „Na arenie” (2011)

czali się tylko grabarze, osoby balsamujące zwłoki i badacze przyczyn śmierci *post mortem*.

Należało zmienić postrzeganie, wprowadzić „widzące dłonie”, rozciąć, wydobyć. I opowiedzieć o tym. Pod koniec średniowiecza rozpoczął się czas wtajemniczania, czas ciekawości i wiary w człowieka, który obserwuje, próbuje przeniknąć i rozumieć, rozważa i wysnuwa wnioski. Na przekór długiemu okresowi milczenia i niewiedzenia zagłębienie do wnętrza przybrało wymiar widowiskowy. Projektowano i budowano teatry anatomiczne; to tam odbywały się przedstawienia – takie wyreżyserowane, doskonale przygotowane misteria.

Profesor z wysokości katedry, obcym głosem, czasem złowieszczym, czytał i komentował uczone książki. Demonstrator pokazywał publiczności to, co mistrz objaśniał, natomiast preparowanie należało do cyrulika. To on wbijał nóż w brzuch, wnikał w głąb, aby z bruzd i szczelin, z labiryntu cieśni wyjąć organy – niektóre jeszcze nierozpoznane, nierozpoznawalne. I kroił mięśnie, i oddzielał spętane jelita, odlepił włókna, osuszał wilgotne trzewia, naciął sklepienia, otwierał kolejne wrota – i tak bez końca. Zbliżał się do poznania, docierał do sedna.

A pies na obrazie Andrzeja Sznejweisa kręci się w kółko, oblizuje pysk, niucha, skomle, prostuje ogon, staje na dwóch łapach, robi salto i przewraca się z boku na bok. Figluje, psoci, rozśmiesza publiczność, koi nerwy dostojnych mężów, którzy wertują manuskrypty, przygotowują odczyty. Zaraz zacznie się prawdziwy spektakl: na oczach zgromadzonych rozbierze się trup. ■

Autorka jest lekarką dentystką z Opola.

Gdy twój lekarz jest literatem

Zawód lekarza kojarzy się pacjentom z umysłem ścisłym, umysłem przepełnionym wiedzą książkową, wiedzą doświadczalną – ogólnie mówiąc – wiedzą! Literat to ktoś, kto wiedzy ścisłej nie musi mieć – wystarczy, że potrafi obserwować, wyciągać wnioski i w sposób ciekawy operować językiem, przekazując swoje spostrzeżenia.

Zarówno praca lekarza, jak i literata poddawana jest ciągłej ocenie, zwanej krytyką. Gdy jest to krytyka artystyczna, od innych postaci interpretowania działań różni się przede wszystkim tym, że jest czasowo tożsama z tworem, do którego się odnosi, wypływa z „estetycznej” postawy wobec dzieła i posługuje się językiem. Oceniać literackie dokonania jest bardzo trudno, a jednak jurorzy III Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls Słowa” dla lekarzy i lekarzy dentystów:

Zdzisław Tadeusz Łączkowski, Alina Chrałoń-Sura, Zbigniew Irzyk i „Majka” Maria Żywicka-Luckner, podjęli to wyzwanie.

Lekarz literat to skomplikowana mieszanka. Najlepiej było to widać na żywo w trakcie rozdania nagród wspomnianego konkursu. Osobowości narcystyczne pojawiły się obok osób skromnych, taktownych, stonowanych. Ludzie różnorodni, którzy w kulisach rozmawiali o ostrych dyżurach, jeździe na karetce i niskich płacach w zawodzie. Nawet poezja nie potrafiła oderwać ich od myślenia o pracy. Coś widać w tym jest, bo nagrodzone pierwszą nagrodą wiersze Renaty Paligi z Gorzowa Wielkopolskiego to teksty dotyczące lekcji anatomii, sekcji zwłok, genetyki oraz istoty człowieka, bo przecież można zagłębić w człowieku / rozbierając go częstka po częstce / zaczynając od błogosławienia

skóry / sectio topograficzna pod kątem prostym na krzyż [„Sekcja”]. Wiersze dobre, mądre, skłaniające do myślenia.

Profesjonalizm, miła atmosfera, przepiękne litografie z Doświadczalnej Pracowni Litografii im. Pabla Picassa w Warszawie autorstwa Andrzeja Newelskiego. Świetna oprawa muzyczna Sławomira Korsana – jego gitara brzmiała czasem tęskno, ławo, by innym razem wstrząsnąć nutą prawdziwego jazzu. Nagrodzeni w zachwycie, a obserwatorzy mile polectani gorącym gulaszem i wszelkimi frykasami. Miły wieczór odsłaniający nowe talenty literackie – i tylko czekać kolejnej edycji konkursu. Może warto zapytać swojego lekarza, czy przypadkiem nie pisze wierszy lub opowiadań... bo jeśli tak, to do bry znak. ■

Pełna relacja na www.gazetalekarska.pl

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
na wniosek Literackiej Grupy Nieformalnej,
działającej przy Łódzkim Klubie Lekarza ogłasza
III Ogólnopolski KONKURS LITERACKI
pod hasłem
ROZUM czy SERCE.

Organizatorzy serdecznie zapraszają do udziału w konkursie wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów oraz studentów uczelni medycznych, którzy amatorsko zajmują się twórczością poetycką lub prozatorską. Każdy uczestnik może zgłosić na konkurs 3 wiersze lub utwór prozatorski, nieprzekraczający 3 stron druku formatu A-4.

Teksty – w czterech egzemplarzach, podpisane godłem – prosimy przesłać najpóźniej do dn. 1 marca 2013 r. na adres:

Okręgowa Izba Lekarska
93-005 ŁÓDŹ, ul. Czerwona 3
(z dopiskiem na kopercie KONKURS LGN)

Zgłoszone utwory będą oceniane przez jury w dwóch kategoriach: oddzielnie prozy i oddzielnie poezji. Przewidziane są nagrody rzeczowe: dwie pierwsze, dwie drugie i po trzy wyróżnienia.

Uroczyste zakończenie konkursu odbędzie się
w niedzielę, dn. 7 kwietnia 2013 r. godz. 17.00

w salach Klubu Lekarza OIL w Łodzi, przy ul. Czerwonej 3. Laureaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Wszelkich informacji – również dot. noclegów – chętnie udzieli p. Iwona Szelewa w Sekretariacie OIL lub pod nr tel. 42/ 683 17 01.

„Przychodzi wena do lekarza”

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika

Edycja II

Jury:

Anna Dymna, Ewa Lipska, Marek Pawlikowski,
Michał Rusinek, Maria Szczeklika, Adam Zagajewski

- W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentysty.
- Prace można zgłaszać w kategoriach: „Poezja”, „Proza” oraz „Pamiętniki i reportaże”.
- Prace konkursowe przyjmowane będą do 15 stycznia 2013 roku pocztą elektroniczną pod adresem konkursliteracki@mp.pl
- Regulamin dostępny jest na stronie internetowej: www.mp.pl/wena

Informacji udzielają:

Aldona Mikulska, Justyna Tomska
Medycyna Praktyczna, ul. Skawińska 8
31-066 Kraków
tel. 12 29 34 020
e-mail: konkursliteracki@mp.pl





FOTO: Karolina Puklińska

Karolina Puklińska

POLkoncertowe refleksje

21 października 2012 był kolejnym ważnym dniem dla młodej, bo zaledwie dwuletniej Polskiej Orkiestry Lekarzy. W tym dniu odbył się bowiem jej trzeci koncert. 51 muzyków, którzy na co dzień zajmują się uprawianiem medycyny lub jej studiowaniem, spotkało się w Poznaniu. Tu, w pięknej Auli Nowej, pod dyktando Dobrochny Martenki, dla znakomitej publiczności zagraли Uwerturę „Egmont” op. 84 Ludwiga van Beethovena, Symfonię h-moll zwaną „Niedokończoną” Franciszka Schuberta oraz Koncert fortepianowy a-moll op. 16 Edvarda Griega,

w którym przy fortepianie zasiadła pianistka Jolanta Reszelska. Występ Polskiej Orkiestry Lekarzy zwińczył Koncert fortepianowy a-moll Edvarda Griega. Jedyne koncertu skomponowany przez „Chopina Północy” niezwykle ekspresyjnie wykonała pianistka Jolanta Reszelska. Już na samym początku utworu zdecydowane uderzenia w kotły (tu brawa dla perkusistki – to przecież jej solo) oraz opadające akordy fortepianu bez wątplenia poruszyły zmysły zarówno słuchaczy, jak i samych muzyków. A wykonanie całości było jakby ukoronowaniem ich wspólnego wysiłku.

Trzeci koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy można zatem uznać za bardzo udany. Dopisała Aula Nova, dopisała publiczność, dla której zabrakło miejsc siedzących. To dla nieprofesjonalnych muzyków pod kierunkiem profesjonalnej dyrygentki tym większa radość i nobilitacja. Niezwykle ważne są ogromne chęci tych ludzi, którzy spotykają się dwa razy do roku, rezygnując z dyżurów, nauki, dodatkowych zajęć, w pewnym sensie na kilka dni zawieszających swoje życie rodzinne tylko, a zarażem aż po to, aby grać i cieszyć się muzyką. ■

Pełna relacja na www.gazetalekarska.pl

Ryszard Golański

XI Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna w Łodzi

W niedzielę 21 października sale Klubu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi gościły uczestników wernisażu XI Ogólnopolskiej Wystawy Fotograficznej. Tegoroczne spotkanie miłośników pięknych zdjęć odbywało się pod hasłem: „Fotografia z odrobiną humoru”. Prawdopodobnie część potencjalnych autorów tak sformułowany temat nieco speszył, albowiem prac przysłano w tym roku znacznie mniej niż w latach minionych. Tym niemniej mieliśmy okazję podziwiać sto kilkadziesiąt fotogramów koleżanek i kolegów lekarzy z całego kraju. Miastem najliczniej reprezentowanym była ma się rozumieć Łódź, ale oglądaliśmy także prace autorów z Olsztyna,

Płocka, Rybnika, Warszawy, Wągrowca, Wrocławia, Puszczykowa, Piotrkowa Trybunalskiego, Tomaszowa Mazowieckiego i Zakopanego. Lekarze-fotograficy różnie podeszli do motu wystawy. Mogliśmy zatem zobaczyć ujęcia celowo przygotowywane tak, aby miały żartobliwy charakter, ale z drugiej strony były fotografie „z życia”, uwieczniające sytuacje i zdarzenia uchwycone reportersko. Tradycyjnie sporo zdjęć przedstawiało obrazy z dalekich i egzotycznych podróży, tym razem z akcentami humorystycznymi. Jak co roku odbył się plebiscyt publiczności na najbardziej udane prace. Po raz drugi zastosowano formułę głosowania w dwóch „kategoriach”: autorzy z Łodzi

i spoza niej. Laury przypadły w tym roku zdjęciom „podróżniczym”. Laureatka – Krystyna Zajkowska-Jóźwiak, lekarz dentysta z Łodzi, przedstawiała zdjęcia znad „syberyjskiego morza” czyli Bajkału oraz z Mongolii. Laureat – Maciej Zarębski, lekarz diagnosta z Zagnańska koło Kielc, prezentował fotografie wykonane w parku – ZOO niedaleko Sydney, w Muzeum Herdera w Limie oraz w ... Zakopanem. Zarówno widzowie wystawy – lekarze, jak i fachowcy – przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Fotograficznego, zgodnie stwierdzali, że każda kolejna wystawa pozwala oglądać lekaarskie dokonania fotograficzne na coraz wyższym poziomie. ■

Konkurs Fotograficzny "Okieł Eskulapa"



Zapraszamy do udziału w III Ogólnopolskim Konkursie Fotograficznym Lekarzy organizowanym przez Śląską Izbę Lekarską w Katowicach.

Tematy konkursu:

- Lekarz, pacjent - współuczestniczenie
- Ziemowit, czyli nasz
- Dział w architekcie

Termin nadsyłania prac upływa **31 marca 2013 roku**.

Regulamin konkursu dostępny na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej: <http://www.slaski-izba-lekarska.org.pl>



FOTO: Ryszard Golański

II Ogólnopolski Obóz Taneczny Lekarzy

W dniach 26-30 września odbył się, już po raz drugi, zorganizowany przez Okręgową Izbę Lekarską w Zielonej Górze obóz taneczny w Kołobrzegu. Nad sprawną organizacją i przebiegiem imprezy czuwała Małgosia Jankowska-Kuc, przewodnicząca Komisji Kultury OIL w Zielonej Górze, nad stroną merytoryczną czuwał trener tańca towarzyskiego, Wojciech Olszak. Swoją obecnością zaszczytili nas koledzy z wielu izb lekarskich: dolnośląskiej, gdańskiej, kujawsko-pomorskiej, lubelskiej, lubuskiej, śląskiej, wielkopolskiej, zachodniopomorskiej. Najliczniej reprezentowana była ginekologia i ortopedia. Tańczyli również kardiologowie, stomatologowie, laryngologowie, specjaliści medycyny rodzinnej, diabetolog, lekarz chorób zakaźnych, anestezjolog, dermatolog, pulmonolog i inni.

Spotkanie rozpoczęło się w środę zebraniem organizacyjnym, na którym 52 uczestników podzielono, pod względem tanecznego zaawansowania, na dwie grupy. Żeby nie marnować czasu, rozpoczęliśmy czterodniową przygodę z tańcem od pierwszego, wspólnego tanecznego treningu. Kolejne dni były bardzo intensywne – ćwiczenia w godzinach porannych i popołudniowych, a pomiędzy, bardzo aktywna odskocznia w postaci wycieczek rowerowych oraz spacerów wzdłuż wybrzeża. Okresowa deszczowa aura zachęcała do korzystania z basenu, sauny i jacuzzi. A wieczorami utrwalaliśmy nasze umiejętności na wieczorach tanecznych.

W czasie tych czterech dni wspólnych treningów i relaksu udało się stworzyć wspaniałą, prawdziwie rodzinną atmosferę.

Taniec to ekspresja, energia i rytm. Oddanie się mu choć na moment, wyzwala radość i szczęście. Ci, którzy w tańcu zadurzyli się już wki temu mogli pochwalić się umiejętnościami. Ci, którzy stawiali pierwsze taneczne kroki, być może zachali się w pikantnej salsie, zmysłowej rumbie albo dostojnym walcu. Trzeba dać się ponieść pragnieniom, ćwiczyć wszechstronność, uczyć się spontanicznego, odważnego wyrażania emocji i cieszyć się tańcem!

Wszystkim uczestnikom tegorocznego tanecznego zgrupowania pragniemy podziękować za ich pracę i serce włożone w taneczne treningi, za wytrzymałość i pasję, jakimi odznaczaliście się każdego dnia. Doceniamy to, bo wiemy, jak trudna i wymagająca jest droga tancerza. Do spotkania na zakończenie przyszłorocznego lata! ■



Listy do redakcji

O igrzyskach w Zakopanem

W przeczytanym w „Gazecie Lekarskiej” 10/2012 sprawozdaniu z igrzysk lekarskich na Podhalu, w moim odczuciu zabrakło w nim wielkiego podziękowania Izabeli i Marcinowi Jachymiakom. Po raz pierwszy uczestniczyłem w Letnich Igrzyskach Lekarskich, a to, co zobaczyłem i przeżyłem, przerosło moje oczekiwania i doznania.

Letnie Igrzyska Lekarskie można śmiało nazwać Polską Olimpiadą Lekarską. Startowało 1200 osób w 26 dyscyplinach sportowych. Wzorowa organizacja, wspaniała atmosfera, sportowa rywalizacja to atuty tak wielkiej imprezy. Za tak wspaniałą organizację należy się najwyższe uznanie jej organizatorom i szczególne podziękowanie Izabeli i Marcinowi Jachymiakom, którzy już od 10 lat tworzą takie sportowe spotkania dla nas, lekarzy. Wieczorne spotkania w gigantycznym namiocie pozwalały na relaks, odprężenie po

całodniowych zmaganiach sportowych i rywalizacji.

Wielka szkoda, że dopiero teraz po raz pierwszy uczestniczyłem w tej przepięknej imprezie sportowej. Gorąco więc zachęcam Koleżanki i Kolegów z całej Polski, którzy nie brali jeszcze udziału w takiej letniej lekarskiej olimpiadzie, aby nie odkładali na później swojego uczestnictwa w igrzyskach i już za rok byli ich uczestnikami. ■

Prof. dr. hab. n. med. Janusz Emerich

Tenis 2012 Pabianice

W dniach 9-11 listopada w Pabianicach odbyły się jubileuszowe XV Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym, organizowane przez Komisję Sportu i Rekreacji Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi, przy wsparciu finansowym Naczelnej Izby Lekarskiej. Honorowy patronat nad imprezą (jak co roku) objął prezydent Pabianic – Zbigniew Dychto, który osobiście przybył na uroczyste otwarcie zawodów. Tradycyjnie już, na otwarciu Mistrzostw, nie zabrakło wiceprezesa ORL – Grzegorza Krzyżanowskiego. Pabianicki turniej już od lat gości w kalendarzu Polskiego Stowarzyszenia Tenisa Lekarzy, którego prezes Marcin Wroński również zaszczylił swoją obecnością. W tym roku swój udział potwierdziło 73 tenisistów z całego kraju. Przez trzy dni zawodnicy rywalizowali zacięcie na czterech kortach w pabianickim MOSiR-ze, jak zwykle profesjonalnie przygotowanym do turnieju i przyjaźnie nastawionym do organizatorów i graczy.

W sobotę rozegrano interesujące konkursy na najszybszy serwis, w którym nagrodą były wartościowe rakiety tenisowe. Laureatem konkursu w kategorii serwisu mężczyzn (prędkość 156 k/h) został Bartłomiej Ptak, dentysta ze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach, a spośród kobiet najszybszym serwisem (118 k/h) dysponowała reprezentantka łódzkiej OIL – Anna Zubrzycka.

Podczas uroczystego zamknięcia Mistrzostw, wręczono zwycięzcom poszczególnych kategorii nagrody. Prezes ORL – Grzegorz Mazur osobiście wręczył Puchar Fair Play, który trafił w ręce Jerzego Glabisza, dentysty z Poznania (Wielkopolska Izba Lekarska). Nagrodę „dla najlepszej zawodniczki”, ufundowaną przez Tygodnik „Angora” otrzymała Bożenna Kędzierska z OIL w Warszawie. ■

Fotorelacja na www.gazetalekarska.pl

Wojciech Łącki

Lekarski półmaraton w Gnieźnie

XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie

Po raz piętnasty, w ramach XXXV Biegu Lechitów, na malowniczej trasie z Ostrowa Lednickiego do Gniezna ścigali się lekarze o Mistrzostwo Polski w Półmaratonie. Jak na mały jubileusz przystało, padł, kolejny już, rekord frekwencji. Wystartowało 79 medyków, w tym 13 kobiet. Pozornie łatwa, malownicza, ale pofalowana i zwykle w dużej części pod wiatr trasa, stawia duże wymagania startującym. W tym roku pogoda była łaskawa. Zarówno temperatura, jak i wiatr sprzyjały biegaczom, co pozwoliło wszystkim dotrzeć do mety w dobrej formie. Lekarze jeszcze raz pokazali, że zmierzenie się z dystansem 21 km i 97,5 m nie stanowi dla nich większego problemu. Szczególnie przekonali o tym zwycięzcy lekarskich zmagani. Mistrzynią Polski Lekarzy w Półma-

ratonie na 2011 r. została Agata Łażniak z Poznania, wicemistrzynią – Monika Szrajda z Bydgoszczy, a trzecie miejsce zajęła Aleksandra Szewczyk z Poznania. Tak więc Wielkopolska Izba mistrzyniami stoi. Wśród mężczyzn mistrzem został Piotr Kaniewski z Radomia, wice mistrzem Bartosz Cybulka z Grodziska Wielkopolskiego, a trzecie miejsce przypadło Pawłowi Siekierskiemu z Kobyłki. Triumfatorzy otrzymali puchary i nagrody, a każdy, kto ukończył rywalizację, okazał medal w kształcie królewskiej korony. Tak piękna oprawa możliwa była m.in. dzięki wsparciu finansowemu Wielkopolskiej i Naczelnej Izby Lekarskiej, za co składam serdeczne podziękowanie. ■

Fotorelacja na www.gazetalekarska.pl



Jarosław Wanecki

Za rok, o tej porze

Skupieni wokół różnych organizacji analizowaliśmy sytuację ogólnopolską i własne zachowania w gabinecie. Większość z nas była gotowa do kroków bardzo radykalnych.

Podstawą naszej demokracji jest stałe pytanie, co my możemy dać Ameryce, a nie co Ameryka może dać nam. A my, w tych trudnych czasach, możemy dać jej swoją pracę – mówił na wiecu po zwycięstwie wyborczym prezydent Barack Obama, trawestując słowa swojego poprzednika J.F. Kennedy'ego sprzed ponad pół wieku.

Od kilku miesięcy pokazujemy w gazecie pracę poszczególnych izb lekarskich. W każdej z nich znajdujemy mocno zaangażowanych społeczników, którzy przez wiele lat budowali struktury samorządu zawodowego, kosztem zajęć lekarskich i życia rodzinnego albo choćby z poświęceniem czasu przeznaczanego na odpoczynek. Reprezentowanie innych, a zwłaszcza odpowiedzialna reprezentacja honorowa to ciężar, który niełatwo się niesie przez kolejne dni, a w niektórych wypadkach kolejne kadencje. I mimo stałego poprawiania przepisów, dyskusji, dziejowych decyzji i uchwał, wciąż jest wiele do zrobienia, ba, wydaje się, że końca zmian nie widać, a reformy, zwroty akcji wyborczych, polityczne pomysły na bezkosztowe leczenie stawiają nowe wyzwania przed korporacyjnymi działaczami.

Przynależność do samorządu lekarskiego jest obowiązkowa. Nie każdy rozumie ten zapis. Niektórzy uznają swój jedyny związek z izbą poprzez comiesięczne wpłacanie składek. Część nawet takiej jedności nie czuje, za wyjątkiem chwil, gdy przypomni im o tym komornik skarbowy. Jeszcze inni uważają, że delegaci są od spełniania marzeń i postulatów, wprowadzania złotych myśli, leżenia Rejtanem pod drzwiami ministrów i premierów, prezydentów i urzędników oraz sypania kwiatków na drodze ku źródłom życia doczesnego pojedynczego podmiotu rejestrowego.

W grudniu ubiegłego roku, przy okazji wprowadzania ustawy refundacyjnej to-

czyliśmy spór z władzą państwową, a głos samorządu miał niebagatelne znaczenie. Zarówno pozytywne, jak i negatywne. Skupieni wokół różnych organizacji analizowaliśmy sytuację ogólnopolską i własne zachowania w gabinecie. Większość z nas była gotowa do kroków bardzo radykalnych, nie wierzyła w czcze obietnice, straciła nadzieję, ale... odzyskała moc jednoczenia się we wspólnej sprawie, gotowość do pospolitego ruszenia przeciw urzędniczej arogancji. Wiele spotkań, uchwał, oświadczeń, stanowisk spowodowało, że już widzieliśmy zwycięstwo argumentów nad kalkulacjami. Rewolucje jednak, oprócz porwy serc, wielkich emocji, gorących mów, głów i świerzbujących rąk, nie przynoszą najczęściej stabilnej przyszłości. Ciągnie się za nimi frustracja niespełnionych haseł, wypalenie walką i ponowna utrata nadziei, że jakiegokolwiek zmiany, a zwłaszcza zmiany na lepsze, są możliwe.

W zeszłoroczne, gorące, grudniowe dni usłyszałem głos nowych trybunów ludowych. Czytałem wówczas wraz z innymi podpisane i niepodpisane listy elektroniczne – karnawałowe posty na internetowych forach, które dawały recepty na poprawę jakości nie tylko ochrony zdrowia, ale także stanu lekarskiego. Była w nich ironia, zapalczywość, zew krwi. Dla mnie była tam także szansa na odnowienie struktur samorządowych w kadencyjnej odsłonie, na wymianę kadr i szerokie otwarcie.

Od stycznia rusza kampania wyborcza izb lekarskich. Nie pytam, co samorząd może nam dać, ale co do niego wniesiemy swoją pracą, na rzecz prestiżu dwóch profesji lekarskich. Na ten nowy rok! ■

Autor jest przewodniczącym kolegium redakcyjnego „GL”.

Jolka lekarska 183

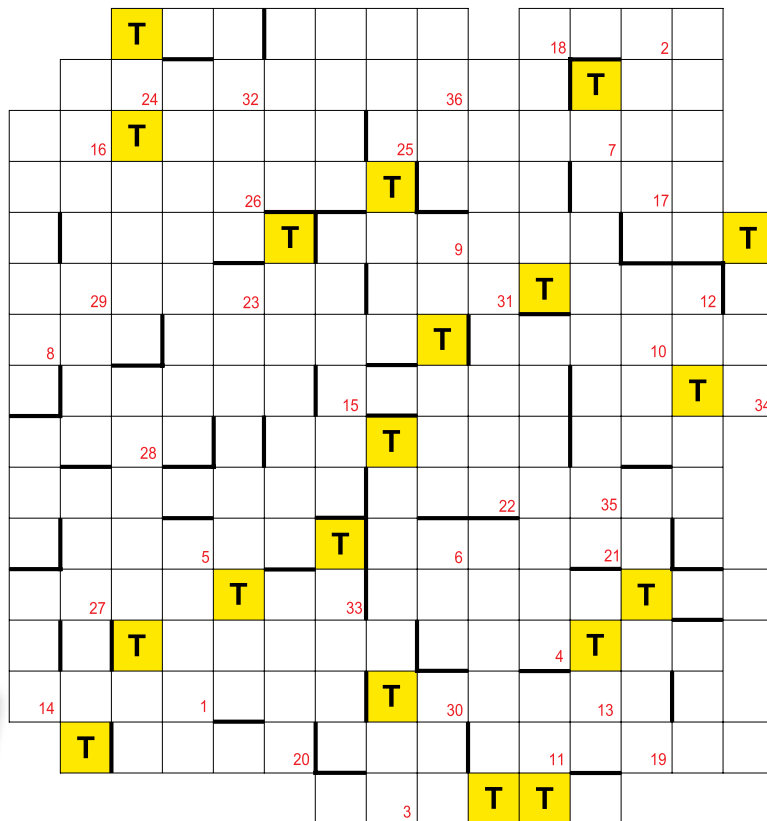
Objaśnienia 75 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery T. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 stycznia 2013 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 181 („GL” nr 10/2012)

Upór jest parodią charakteru. Hegel

Nagrody otrzymują: Anna Krefta (Warszawa), Wojciech Radziwon (Białystok), Magdalena Żalińska (Gdańsk).

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.



* marskość (łac.) * skafander Eskimosa * z nektaru i spadzi * stolica prowincji Alberta * etylowy do narkozy * inicjator Mundialu * między Kamczatką i Hokkaido * bór, knieja * aneurysma * egzekutor * miasto między Brukselą a Liege * stary sprzęt wojskowy * Roger, trzeci James Bond * cystercosis * sławni Atapaskowie * profan, dyletant * płynie w Innsbrucku * pilot * torbiel moczowa * świątynia grecka * kraina z Larisą * achteł * paracetamol * 2-kołowy pojazd tureckich koczowniców * Saint-, uzdrowisko na Łazurowym Wybrzeżu * znak, znamień, rys * związki z $\text{C}=\text{C}=\text{O}$ * książkę siedmiogrodzki pokonany przez Czarnieckiego * Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna * bawełniana tkanina pętelkowa * cauda * haust * największe jezioro Australii * twierdza artyleryjska * sole kwasu octowego * nad gminą * egipska matka Słońca * prezent od drogówki * owad * Piotr, inicjator powstania listopadowego * milion gramów * stolica Bangladeszu * byczek obficie żywiony * labium * staropolski pan * Malawi * nogi ptaków wodnych * hepar * z Melsztyna * rzeka z Żurem i Gródkiem * mała torebka na dokumenty * źródło opium * projektor * indyjski bóg rzemieślnik * punkt widzenia * defectio * bada powłokę Ziemi * średniowieczna katedra lub kolegiata * ofiarodawca * tyreotropina * naramiennik * pierwszy gród na trasie Budapeszt - Balaton * ofiary wieszane na ołtarzu * strongyloidoza * stępka * płynie w Bernie * świeca pogrzebowa * pies niemiecki lub angielski * płat do szybowania * Władysław, autor „Kozaczyzny ukraińskiej” * żołądz brydżysty * maść w stanach zapalnych skóry * karciana rezygnacja * stan z Salem * środek hamujący

BJER

Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich
bezpłatnie
Nakład: 160 650 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:
Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl
Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 661 092 853
l.krysiak@gazetalekarska.pl
Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

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

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)

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

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

Reklama i marketing:
Elżbieta Tarczyńska
Tel. 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

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

Skład i łamanie: **Grzegorz Sztank**

Druk: **Drukarnia QuadWinkowski**

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

