



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

# BIULETYN INFORMACYJNY

Kwiecień 2017

ISSN 1426-661X

Nr 246

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)

*Wszystkim Wam najserdeczniejsze życzenia  
spokojnych, słonecznych i beztroskich  
Świąt Wielkanocnych! **Alleluja!***



Fot. Jerzy B. LACH

# PAN SAUDEK NEEKSISTUJE

Nigdy nie widziałam takich szczurów. Nie zwracały uwagi na ogryzki, papierowe kulki ani worki ze śmieciami rzucone w ich stronę. Nie bały się kapiszonów i nie ruszały zatrutej kielbasy. Ospałe i znudzone chodziły pomiędzy wieżowcami przy ulicy Radimovej niedaleko Zamku na



Hradczanach. Wychylona z balkonu na ósmym piętrze przyglądałam się gryzoniom. – *Czy nie zakradną się do naszej buńki?* – pytałam Beatę. – *Nie bój się, są jak esbecy. Podgryzają od dołu* – tłumaczyła.

Moja siostra studiowała medycynę na Uniwersytecie Karola. Nieczęsto ją odwiedzałam, w latach osiemdziesiątych zeszłego wieku wyprawa z Cieplíc do Pragi (jakieś 120 kilometrów) trwała nieraz cały dzień. Już droga na przejście graniczne w Jakuszycach mogła się przeciągnąć. Mieliśmy wtedy fiata kombi, wysłużoną karetkę pogotowia przerobioną na limuzynę. Ojciec zdjął niebieskie sygnały (ale zostawił na wpół matowe szyby), przemalował karoserię i wstawił fotele dla pasażerów. W wozie ciągle coś się psuło – wysiadał silnik, szwankowały hamulce, zacierała się skrzy-

nia biegów, a kiedy rozpędził się do setki, gubił koła. Na szczęście w bagażniku jeździła apteczka pierwszej pomocy – skrzynia wypełniona smarami, drutami do wiązania uciekinierów, lampami, przegubami, paskami i śrubami, wszystkim, co pomagało doturlać się do najbliższego warsztatu. Nigdy też nie wyruszyliśmy bez biblioteczki – parcianej torby wypełnionej książkami (były tam: „Naprawa samochodów FSO 125P” Eugeniusza Kaima, „Jeżdżę samochodem FSO 125P” Wojciecha Szenejki i poradnik Zdzisława Podbielskiego). Podróż zaczynała się o świcie. – *Zdążysz na pierwszy autobus z Harrachova* – obiecywał ojciec. A ja cieszyłam się, jeśli złapałam ostatni, bo ileż to razy urwała się rura wydechowa, nawalił klakson albo pogasły światła mijania. Przed północą ogórek docierał na Hlavní Nádraží w Pradze.

To miasto najlepiej zwiedzać wieczorem. Na głowie Pałacu Lucerna połyskuje wtedy korona, falując balkoniki hotelu Zlata Husa, gdzie J.Ch. Andersen napisał „Księżniczkę na ziarnku grochu”, łamią się dachy kubistycznych kamienic i migają grafity kostek brukowych. Po zmroku w gospodach przesiaduje „błogosławione towarzystwo pijących piwo”, jak pisał Hrabal, na moście Karola grają mozarty, a studenci z Kajetánki zaglądają do piwnicy na Petynce. To tam zobaczyłam zdjęcia Jana Saudka. Miałam trzynaście lat, siostra odebrała mnie z dworca i zaprowadziła do hospudki. Tego dnia ktoś przemycił odbitki. Na odrapanym stole rozłożyły się grubaski w kapeluszach i perłach, nagie kobiety przeglądały się w lustrach albo robiły fikuśne ćwiczenia na tle brudnej ściany. Pamiętam pomarszczoną panią rozebraną do połowy i bosonogiego chłopca na szosie pokrytej rozjeżdżonym śniegiem. *Navždy osamělý* – odpowiadał napis.

Kiedy z zagranicy przychodziły zaproszenia na wystawy, Ministerstwo Kultury Czechosłowackiej Republiki Socjalistycznej odpowiadało: *Pan Saudek neexistuje*. Fotograf przez trzydzieści lat pracował w drukarni jako robotnik, mieszkał w suterenie, a modelki zapraszał do zatęchłej piwnicy. Czasem jakaś naguska podnosiła alarm na widok opasłego szczura. Artysta przykładając palec do ust i szeptał: – *Pst, ściągniejsz na nas tajniaków*.

Bo chociaż życie nieistniejącego przypominało trochę wilgotną ścianę, z której sypie się tynk, kiedy Mariusz Szczygieł spytał go, co jest w życiu najważniejsze: – *Przeżyć* – odparł bez chwili namysłu pan Saudek.

**Jan SUDEK** wystawiał się niedawno w Muzeum Śląska Opolskiego. Można było tam obejrzeć „Na pierwszy rzut oka. Wybór z czeskiej fotografii XX i XXI wieku”.

Agnieszka KANIA

Tekst ukazał się w Magazynku Gazety Wyborczej.







Przed Wami Biuletyn świąteczny. Niestety nie ma w nim tak naprawdę żadnych świątecznych materiałów – wręcz przeciwnie! Coraz gorętszym tematem jest aktualna sytuacja w ochronie zdrowia i – właściwie – brak konkretnych wiadomości, co się będzie działo po 1 lipca br. Dlatego drukuję czwórgłos w tej sprawie. Jak jednak będzie to wszystko wyglądało w rzeczywistości – jak zawsze pokaże czas. Na pewno – jak pisze o tym zaprzyjaźniony z Redakcją mec. Janiszewski – cały ten rok będzie rokiem bardzo trudnym i pełnym niespodzianek.

W tym numerze znajdziecie również kolejną porcję informacji o drabinie analgetycznej, o trudach wykonywania naszego zawodu i trochę informacji m.in. na temat odpowiedzialności lekarza na kontrakcie.

W części opolskiej przede wszystkim całość sprawozdań z działalności za miniony rok wszystkich organów naszej Izby oraz preliminarz budżetowy na nadchodzący rok.

Pomimo tak poważnych tematów, mam jednak nadzieję, że pożytecznie spędzicie świąteczny czas na lekturze kwietniowego Biuletynu.

A skoro na wstępie wspomniałem o świętach to pozwólcie, że w **imieniu własnym oraz członków Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowego Sądu Lekarskiego**

**i Zespołu Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej** złożę wszystkim Wam najserdeczniejsze życzenia spokojnych, słonecznych i beztrudnych Świąt Wielkanocnych! Alleluja!!!

*Jerzy B. LACH*

**Komisja ds Lekarzy-Seniorów OIL w Opolu zaprasza na Wiosenne Spotkanie Lekarzy Seniorów, które odbędzie się 29 kwietnia 2017 r. (sobota), o godz. 13.00 w Willi Młynówka w Opolu, ul. Korfantego 4.**

Jak co roku, w czasie spotkania zostaną wręczone medale i dyplomy lekarzom-seniorom, którzy przed 50 laty uzyskali dyplomy lekarskie. Prosimy o zgłoszenie uczestnictwa w Biurze Izby (tel. 77/45-45-939) do dnia 26 kwietnia.

*Przewodniczący Komisji  
Dr med. Tadeusz CHOWANIEC*

**Komisja ds Lekarzy-Seniorów OIL w Opolu organizuje całodzienną wycieczkę autokarową, w dniu 25 maja 2017 r. (czwartek) do LEGNICY, połączoną ze zwiedzaniem jej zabytków i okolicy. Zapewniamy transport autokarowy oraz przewodnika.**

Prosimy o zgłaszanie uczestnictwa do dnia 18 maja (czwartek), do Biura Izby (tel. 77/45-45-939).

*Przewodniczący Komisji  
Dr med. Tadeusz CHOWANIEC*

## SZPALTA PREZESA



**Koleżanki i Koledzy,**

W dniu 28 lutego podpisana została między Opolską Izbą Lekarską a Kancelarią Adwokacką Mecenasa Mariana Jagielskiego umowa pomocy prawnej. Zakres tej pomocy obejmuje przede wszystkim nagłe sytuacje zdarzające się w czasie kontaktu z pacjentem lub jego rodziną, w których „podpowiedź” ze strony prawnika powinna nastąpić jak najszybciej. Kontaktować się z mec. Jagielskim można telefonicznie **604-930-751** lub mailowo [mec.m.jagielski@onet.eu](mailto:mec.m.jagielski@onet.eu)

W przypadkach nie wymagających natychmiastowej reakcji, w których jest okres kilku dni na podjęcie odpowiedniego działania, proszę kontaktować się najpierw z radcą prawnym OIL (poprzez kontakt z Biurem Izby **77/4545939**).

Mec. Jagielski zaoferował też możliwość prowadzenia szkoleń z zakresu postępowań prawnych w ramach tzw. procesów lekarskich, które to szkolenia byłyby organizowane w siedzibie OIL lub w innych miastach województwa.

Harmonogram szkoleń zostanie ustalony po zakończeniu remontu siedziby OIL.

W dalszej części Biuletynu znajdziecie apel Kolegi, reprezentującego rezydentów o podpisywanie obywatelskiego projektu ustawy, określającej minimalne wynagrodzenia dla pracowników medycznych. Projekt ten jest zgodny z wieloma stanowiskami Krajowych Zjazdów Lekarskich i Naczelnej Rady Lekarskiej, podejmowanymi od co najmniej kilkunastu lat. Przyłączam się do tego apelu. Dajmy jednoznacznie do zrozumienia posłom i senatorom co rozumiemy przez godziwe zarobki dla naszej grupy zawodowej oraz całego sektora ochrony zdrowia (Lista do podpisów w formie wkładki do Biuletynu!!).

Na kanwie jednego ze zdarzeń, które dotknęły członka naszej Izby, przypominam wszystkim, że **w momencie kiedy powyższymi informację, że ktoś (pacjent, rodzina pacjenta, itp.) występuje z roszczeniem z zakresu odpowiedzialności cywilnej, należy niezwłocznie** powiadomić o tym fakcie ubezpieczyciela.

*Jerzy JAKUBISZYN*

## XXXVI OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

W dn. 18 marca w Sali Konferencyjnej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu odbył się kolejny Okręgowy Zjazd naszej Izby. Był on poświęcony dwóm podstawowym sprawom – udzieleniu absolutorium władzom Izby oraz zatwierdzeniu preliminarza budżetowego na 2017 r. Ponieważ bieżący numer Biuletynu oddaję przed Zjazdem, poniżej znajdziecie materiały sprawozdawcze oraz projekt budżetu. O przebiegu obrad informację znajdziecie w następnym – majowym numerze.

*Jerzy B. LACH*

\* \* \*

### Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w okresie pomiędzy XXXV a XXXVI Okręgowym Zjazdem Lekarzy

W okresie sprawozdawczym (sprawozdanie nie obejmuje posiedzeń zaplanowanych na luty 2017) Okręgowa Rada Lekarska odbyła 11 posiedzeń, a jej Prezydium spotkało się 10 razy.

Na bieżącą działalność administracyjną, związaną z wydawaniem prawa wykonywania zawodu i prowadzeniem rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej, prowadzeniem rejestrów praktyk lekarskich oraz prowadzeniem rejestru podmiotów, uprawnionych do realizacji kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, złożyły się:

- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza (dla odbycia stażu podyplomowego) – 25,
- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty (dla odbycia stażu podyplomowego) – 11,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza (po odbyciu stażu podyplomowego) – 51,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty (po odbyciu stażu podyplomowego) – 13,
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza – 4,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy, przenoszących się z innych izb – 30,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy dentystów, przenoszących się z innych izb – 3,
- ponowne wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca na czas określony – 2,

- skreślenie z listy członków OIL lekarzy, przenoszących się do innych izb – 25,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów, przenoszących się do innych izb – 3,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy z powodu zgonu – 22,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów z powodu zgonu – 2,
- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,
- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty – 1,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza – 3,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza – 7,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza dentysty – 2,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza – 6,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza dentysty – 2,
- zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,
- odwieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej – 12 (w tym 4 członków innych izb),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej – 6 (w tym 3 członków innych izb),
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 54 (w tym 22 członków innych izb),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 14 (w tym 9 członków innych izb),
- wyrejestrowanie praktyki – 68,
- uzupełnienia wpisów do rejestru o nowe zdarzenia edukacyjne (dotyczy podmiotów wpisanych do rejestru OIL) – 5,
- potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia (dotyczy podmiotów, wpisanych do rejestrów innych izb, zgłaszających szkolenie na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej) – 6,
- informacja o prowadzeniu szkoleń na terenie OIL przez podmioty zarejestrowane w innych izbach, a mające potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia przez NRL – 2.

W ramach działalności samopomocowej Okręgowa Rada Lekarska w okresie sprawozdawczym udzieliła:

- 17 zapomóg na łączną kwotę 62.084 zł,
- pomocy socjalnej dla 4 super-seniorów (lekarzy, którzy ukończyli 90 lat) na łączną kwotę 4.000 zł,
- 2 pożyczek szkoleniowych w związku ze specjalizowaniem się na łączną kwotę 9.900 zł,
- 10 odpraw pośmiertnych na łączną kwotę 36.520 zł.

Ponadto Rada przyznała 3 nagrody za uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych na łączną kwotę 8.856 zł, 34 nagrody za uzyskanie specjalizacji na łączną kwotę 24.820 zł oraz dofinansowała udział 2 członków naszej Izby w zawodach sportowych na łączną kwotę 1.400 zł.

Okręgowa Rada Lekarska wyznaczyła swoich przedstawicieli do:

- 1 komisji, powołanej dla wyboru zastępcy dyrektora ds. lecznictwa,
- 13 komisji, powołanych dla wyboru ordynatora,
- 2 komisji, powołanych do wyboru pielęgniarki naczelnej,
- 18 komisji powołanych dla wyboru pielęgniarki oddziałowej.

Okręgowa Rada Lekarska podjęła uchwały dotyczące składek członkowskich:

- zwolnienie z obowiązku płacenia składki członkowskiej w związku z nieosiąganiem przychodu – 28 lekarzy i 5 lekarzy dentyków,
- przywrócenie obowiązku płacenia składki członkowskiej w związku z osiągnięciem przychodu – 15 lekarzy i 1 lekarz dentyśta.

Okręgowa Rada Lekarska ponadto:

1. podjęła szereg uchwał, w tym w sprawie:

- powołania komisji do oceny zdolności lekarza do wykonywania zawodu,
- powołania Komisji Kultury,
- zmiany składu Komisji Etyki,
- zakupu serwera,
- zaopiniowania kandydatów na stanowiska konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny rodzinnej i medycyny ratunkowej,
- dofinansowania II Reaktywowanego Złazu Medyka i dofinansowania III Mistrzostw Opolszczyzny Lekarzy w tenisie ziemnym,
- sfinansowania kosztów przejazdu na manifestację w Warszawie w dniu 24.09.2016 r.,
- zawieszenia uchwały o dofinansowaniu udziału członków OIL w imprezach sportowych,
- upoważnienia do podpisania umowy z MZ na przekazanie środków na refundację zadań zleconych,
- upoważnienia do podpisania umowy licencyjnej z NRL dotyczącej korzystania z programu komputerowego do obsługi rejestru lekarzy i lekarzy dentyków,

- upoważnienia Prezesa ORL do ubiegania się o kredyt na remont siedziby OIL,
- zaciągnięcia kredytu na remont siedziby OIL,
- ustanowienia zabezpieczeń kredytu na remont siedziby OIL,
- ustalenia rejonów wyborczych VIII kadencji,
- przyznania Godności Prymariusza Opolskiego w 2017 roku,

2. przyjęła stanowiska w sprawie wstępnego projektu ustawy regulującej płace zawodów medycznych, w sprawie akcji protestacyjnej środowisk medycznych w dniu 24.09.2016 r., oraz w sprawie wydarzeń, jakie miały miejsce po śmierci dziecka w WCM Opole w dniu 1.11.2015 r.

Przedstawiciele Okręgowej Rady Lekarskiej brali udział w:

- posiedzeniach Rady Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
- posiedzeniach Rad Społecznych kilku szpitali.

Jak wynika z analizy kilku w/w uchwał w okresie sprawozdawczym rozpoczęty został remont siedziby Opolskiej Izby Lekarskiej, który powinien zostać zrealizowany do końca maja 2017 r. Zakończone też zostały negocjacje, dotyczące zaciągnięcia kredytu na sfinansowanie tego remontu. Ostatecznie umowa kredytowa, opiewająca na kwotę 2.500.000 zł i 18-letni okres spłaty została podpisana z PKO BP.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej prowadził korespondencję m.in. z Wojewodą Opolskim, Dyrektorem Oddziału Opolskiego NFZ, Posłami i Senatorami Ziemi Opolskiej w sprawach dotyczących samorządu lekarskiego i wykonywania zawodu lekarza.

*Sekretarz ORL, Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK  
Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

\* \* \*

## **Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Opolskiej Izby Lekarskiej w 2016 r.**

W 2016 r. wpłynęło 65 spraw, a z poprzedniego okresu pozostało 17 skarg. W sumie w zespole Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w omawianym okresie sprawozdawczym rozpatrywano 82 sprawy; postępowania zakończono w 50 sprawach, a 32 – pozostało na następny okres (39%).

Spśród zakończonych postępowań w 19 przypadkach (38%) Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej odmówił wszczęcia postępowania, a 5 spraw (10%) – umorzono, natomiast 16 skarg zakończono w inny sposób (np. przekazano ze względu na właściwość innemu OROZ).



Główne przyczyny złożonych skarg wynikały z:

- nieetycznego zachowania – 42%,
- uszkodzenia ciała lub powikłań chorobowych – 40%,
- śmierci – 12%.
- Skargi dotyczyły najczęściej następujących specjalności:
- chorób wewnętrznych – 32%,
- chirurgii ogólnej – 8%.
- ortopedii i traumatologii, neurologii i położnictwa – po 6%,

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego skierowano 10 spraw (20%) o ukaranie 11 lekarzy i lekarzy dentyków.

Spośród 24 skarg, które spotkały się z odmową wszczęcia postępowania lub zostały umorzone, odwołania złożono w 13 sprawach (54%), a Okręgowy Sąd Lekarski uwzględnił 3 (23%) z nich.

*Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej  
Dr n. med. Zbigniew KUZYSZYN*

\* \* \*

### **Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu w okresie od 01.01.2016 r. do 31.12.2016 r.**

W okresie od 01.01.2016 r. do 31.12.2016 r. w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Opolu rozpatrywanych było 12 wniosków o ukaranie 12 lekarzy (6 spraw z 2016 r., 6 spraw z 2015 r.)

Uniewinniono 5 lekarzy. Ukarano 7 lekarzy, w tym:

- karą upomnienia: 6 lekarzy,
- karą nagany: 1 lekarz.

Akta jednej sprawy przekazano do Naczelnego Sądu Lekarskiego, celem wyznaczenia innego Okręgowego Sądu Lekarskiego do rozpatrzenia wniosku o ukaranie, ze względu na brak lekarzy danej specjalności do rozpatrzenia sprawy. Naczelny Sąd Lekarski pismem z dnia 11.01.2017 r. poinformował o przekazaniu sprawy do prowadzenia innemu Okręgowemu Sądowi Lekarskiemu.

Akta jednej sprawy przekazano do Naczelnego Sądu Lekarskiego, celem wyznaczenia właściwego Okręgowego Sądu Lekarskiego do rozpatrzenia wniosku o ukaranie, ze względu na przynależność dwóch obwinionych lekarzy do dwóch różnych Izb Lekarskich. Okręgowy Sąd Lekarski czeka obecnie na rozstrzygnięcie Naczelnego Sądu Lekarskiego.

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu wpłynął jeden wniosek o przesłuchanie świadka w ramach pomocy prawnej.

Podczas posiedzeń jawnych rozpatrywanych było 13 zażaleń na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (w tym 2 zażalenia z roku 2015 r.). W 8 rozpatrzonych sprawach utrzymano w mocy postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, w 5 sprawach uchylono postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przekazał do Okręgowego Sądu Lekarskiego: dwie sprawy z dziedziny stomatologii, dwie sprawy z zakresu chirurgii ogólnej, dwie sprawy z zakresu chorób wewnętrznych oraz pojedyncze sprawy z zakresu: medycyny pracy, ortopedii, pediatrii i etyki.

Obecnie rozpatrywane w Sądzie Lekarskim jest:

- 7 wniosków o ukaranie (termin jednej sprawy został wyznaczony na 30.01.2017 r., termin drugiej sprawy został wyznaczony na 21.02.2017 r., akta trzeciej i czwartej sprawy są w trakcie czytania przez członków Składu Orzekającego, w sprawie piątej – akta są u biegłego, który ma wydać opinię w sprawie do 01.02.2017 r., w sprawie szóstej – została zarządzona przerwa, w sprawie siódmej – wydano postanowienie o zawieszeniu postępowania).
- 5 zażaleń na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (akta dotyczące jednego zażalenia są w trakcie czytania przez członków Składu Orzekającego, w sprawie drugiego zażalenia termin został wyznaczony na 26.01.2017 r., w sprawie trzeciego zażalenia termin został wyznaczony na 03.02.2017 r., w sprawie czwartego zażalenia termin został wyznaczony na 17.02.2017 r., w sprawie piątego zażalenia termin został wyznaczony na dzień 28.02.2017 r.)

W roku 2016 odbyło się 25 wokand sądu, w tym 12 rozpraw głównych i 13 posiedzeń.

*Przewodnicząca Okręgowego Sądu Lekarskiego  
Lek. dent. Ewa NOCEN-FIRLEJ*

\* \* \*

### **Sprawozdanie Rzecznika Praw Lekarza Opolskiej Izby Lekarskiej za okres marzec 2016 – luty 2017 r.**

W okresie sprawozdawczym Rzecznik Praw Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej prowadził bieżącą działalność związaną z ochroną praw lekarzy członków Opolskiej Izby Lekarskiej. Działalność ta w głównej mierze związana była z poradami dotyczącymi konfliktów na linii lekarz – pacjent oraz lekarz – płatnik (NFZ). W jednym przypadku Rzecznik Praw Lekarzy udzielił pomo-

cy lekarce, w stosunku do której prowadzono działania mające wykazać jej winę w sytuacji, w której zarówno w opinii Rzecznika, jak i Okręgowej Rady Lekarskiej nie było jakiegokolwiek nieprawidłowego czy zawinionego postępowania lekarki. Sprawa ta, niestety, do chwili obecnej nie została jeszcze zakończona.

Rzecznik Praw Lekarzy na przestrzeni ostatniego roku brał również czynny udział w spotkaniach Rzeczników Praw Lekarzy Okręgowych Izb Lekarskich w trakcie których zajmowano się głównie wypracowaniem jednolitych zasad funkcjonowania Okręgowych Rzeczników, jednolitych metod postępowania oraz wymianą doświadczeń związanych z postępowaniami broniącymi dobrego imienia zarówno pojedynczych lekarzy jak i całej korporacji. Wiele wskazuje na to, iż w bieżącym roku osiągnięty zostanie konsensus w zakresie roli i postępowania wszystkich Okręgowych Rzeczników Praw Lekarzy.

*Rzecznik Praw Lekarzy OIL  
Lek. Jacek MAZUR*

\* \* \*

### **Sprawozdanie Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów Opolskiej Izby Lekarskiej**

Funkcję przyjąłem w maju 2015 r. Jestem neurologiem, psychiatrą, specjalistą terapii uzależnień i realizuję specjalizację z medycyny pracy, posiadam absolutorium studiów na wydziale prawa.

Do obecnej chwili uczestniczę w trzech sprawach komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia lekarzy. Żadna z tych spraw nie ma związku z uzależnieniem od środków psychoaktywnych.

Dwie ze spraw zakończyły się uznaniem zdolności lekarzy do wykonywania zawodu z zastrzeżeniem konieczności kontynuowania leczenia podtrzymującego remisję i uzgodnienia sposobu jego monitorowania co jest realizowane wg przyjętych uzgodnień. Trzecia ze spraw jest w toku, tzn. jest rozpoznawana i żadne ustalenia jeszcze nie nastąpiły.

Jeśli chodzi o propozycję tematów do omówienia sugeruję, aby zwrócić uwagę na fakt, że problematyka niezdolności lekarza do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia nie dotyczy jedynie uzależnień, a Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów nie jest li tylko pełnomocnikiem ds. problemów uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych wśród lekarzy.

*Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy  
i Lekarzy Dentystów OIL  
Lek. Maciej SZCZEŚNIAK*

\* \* \*

### **Sprawozdanie z działalności Komisji Stomatologicznej OIL w okresie 21.03.2016 r. do 02.02.2017 r.**

Zakończyliśmy kolejny rok działalności KS OIL, rok zmian i nadziei na poprawę naszej medycznej rzeczywistości. W tym czasie odbyło się 8 posiedzeń KS OIL: 21.03.2016 r., 28.04.2016 r., 19.05.2016 r., 20.06.2016 r., 15.09.2016 r., 24.10.2016 r., 15.12.2016 r., 02.02.2017 r.

Jak w latach poprzednich głównymi tematami naszych spotkań były tematy nurtujące lekarzy stomatologów, a więc:

- sprawy związane ze stosowaniem amalgamatu w leczeniu stomatologicznym. Wszystko wskazuje na to, że od stycznia 2019 r. amalgamat będzie tylko w formie kapsułkowanej, każda praktyka stomatologiczna będzie musiała być wyposażona w separator amalgamatu i nie będzie można stosować amalgamatu u osób do 18 r.ż. i u kobiet w ciąży;
- niedoszacowanie leczenia stomatologicznego w całości ale także problemy opieki stomatologicznej nad osobami niepełnosprawnymi oraz dziećmi i młodzieżą do 18 r.ż. Od wielu lat zgłaszamy postulaty o zwiększenie nakładów na leczenie stomatologiczne, sprzeciwiamy się niesprawiedliwym kryteriom w wyborach ofert kontraktowych. W ubiegłym roku Ministerstwo Zdrowia wprowadziło od 01.07.2016 r. współczynnik korygujący do wyceny punktu w świadczeniach stomatologicznych dla dzieci i młodzieży w wysokości 1,2
- dyskutowaliśmy o terminach wprowadzania elektronicznej dokumentacji medycznej (być może już od 01.01.2018 r.) i o problemach z tym związanych, zwłaszcza w odniesieniu do lekarzy seniorów, którym przyjdzie się zmierzyć z tym problemem;
- KS OIL wystosowała opinię dotyczącą obniżenia jakości kształcenia przed- i podyplomowego w związku z planowanym zwiększeniem naboru na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny;
- wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 07.06.2016 r., który stwierdził niezgodność z Konstytucją przepisów ograniczających dostęp do pytań z LEK, LDEK, PES i stanowisko w tej kwestii Ministra Zdrowia o 5-letnim okresie karencji w ujawnianiu pytań;
- KS OIL wystosowała do KS NRL apel z poparciem o pilne powołanie w strukturach MZ komórki zajmującej się sprawami stomatologów. Niestety Minister Zdrowia nie uznał za zasadne powołania takiej komórki;
- poruszaliśmy także tematy związane z powrotem stażu podyplomowego oraz kształceniem podyplomowym;
- dyskutowaliśmy o działaniach Ministerstwa Finansów, które zdecydowało o odstąpieniu od okresu dostosowawczego na zainstalowanie kasy rejestrującej

w przypadku lekarzy i lekarzy dentystów, rozpoczynających prowadzenie praktyki po 31.12.2016 r;

- w związku z próbami rozdziału samorządu lekarskiego KS OIL opowiedziała się za pozostaniem jednolitej Izby Lekarskiej;
- omawialiśmy projekt ustawy o zmianie ustawy – Prawo atomowe i możliwych ułatwieniach dla tych koleżanek i kolegów, którzy wykonują stomatologiczne zdjęcia wewnątrzustne.

Miłym akcentem pod koniec roku był fakt, iż nasza koleżanka dr Marta Rodziewicz-Kabarowska otrzymała z rąk Ministra Zdrowia Złoty Medal za Długoletnią Służbę w 25-lecie Kodeksu Etyki Lekarskiej.

*Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej OIL  
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

\* \* \*

### **Sprawozdanie z działalności Komisji Kształcenia OIL za okres luty 2016 r. – marzec 2017r.**

Komisja Kształcenia OIL działa w składzie: Andrzej Bunio, Waldemar Ilcyszyn, Jerzy Jakubiszyn, Stanisław Kowarzyk, Elżbieta Krzymowska, Małgorzata Lechniak, Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska, Ewa Nociński-Firlej, Ewa Pawliszyn, Rafał Pędich, Arkadiusz Rams, Marta Rodziewicz-Kabarowska, Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, Piotr Sysło, Aleksander Wojtyłko.

Komisja w okresie sprawozdawczym odbyła 2 posiedzenia oraz zorganizowała 13 szkoleń, w których uczestniczyło około 450 lekarzy/lekarzy dentystów. W dwóch szkoleniach obowiązkowych do specjalizacji (Zdrowie Publiczne) uczestniczyło około 100 lekarzy z całej Polski. Nasza izba jest jedną z nielicznych, które organizują tego typu szkolenia. Do końca roku zaplanowano 11 szkoleń.

Członkowie KK uczestniczyli w konferencji, szkoleniach, spotkaniach NIL, w 3 posiedzeniach Komisji Kształcenia NIL oraz opiniowali szkolenia prowadzone przez różne firmy.

Na posiedzeniach Komisji Kształcenia NIL omawiano sprawy dotyczące kształcenia młodych lekarzy i dokumentacji medycznej. Na jednym spotkaniu, w którym uczestniczyli przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta, przedstawiono propozycję poszerzenia kształcenia studentów medycyny z zakresu Praw Pacjenta, poruszono problem tajemnicy lekarskiej, natomiast przewodniczący Komisji zaproponował większą współpracę pomiędzy Rzecznikiem a NIL.

Komisja Kształcenia ponownie zachęca przedstawicieli Delegatów OIL do organizowania szkoleń na swoim terenie.

Informacje na temat szkoleń umieszczone są w każdym Biuletynie Informacyjnym OIL oraz na stronie internetowej Izby [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl).

*Przewodnicząca Komisji Kształcenia OIL  
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

\* \* \*

### **Sprawozdanie z działalności Komisji Etyki Lekarskiej OIL w okresie pomiędzy XXXV a XXXVI OZL**

Komisja Etyki Lekarskiej działa w 10-osobowym składzie:

**Przewodnicząca:** Marta Rodziewicz-Kabarowska,

**Sekretarz:** Małgorzata Falenta-Hitnarowicz,

**Członkowie:** Marek Dryja, Wojciech Hulok, Ewa Junosza-Szaniawska, Antoni Junosza-Szaniawski, Bogusław Kudyba, Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska, Teresa Sicińska-Werner, Ewa Trejnowska.

W okresie sprawozdawczym odbyły się 3 zebrania członków komisji. Podczas posiedzeń komisji rozpatrzono jedną skargę dotyczącą postępowania lekarza wobec drugiego lekarza, omawiano propozycje nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej, ewentualną organizację w przyszłości kolejnego sympozjum. W jednym ze spotkań komisji, w charakterze gościa i prelegenta, uczestniczył dr Tomasz Grzyb, psycholog, wykładowca, przewodniczący Komisji Etyki w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej we Wrocławiu, który omówił drogę etycznego rozwoju młodego lekarza i lekarza stomatologa po ukończeniu studiów.

Ponadto członkowie komisji mieli możliwość uczestniczenia w corocznym sympozjum dot. dylematów etycznych w praktyce lekarskiej, organizowanym przez Medycynę Praktyczną w dn. 19.05.2016 r. w Krakowie, w teatrze im. J. Słowackiego. Sympozjum to, zorganizowane wspólnie z American College of Physicians, pod tytułem „Czy lekarz może pomóc choremu umrzeć?” poświęcone było m. in. instytucji pełnomocnika medycznego, a swoimi doświadczeniami dzielili się przedstawiciele wielu krajów europejskich, Ameryki i Kanady. Trzech członków naszej komisji uczestniczyło w tym sympozjum.

Oprócz tego przedstawiciele naszej KEL uczestniczyli w konferencji w Bielsku-Białej, zorganizowanej w związku z obchodami 25-lecia uchwalenia Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Jako członek KEL przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, przewodnicząca komisji, brała udział również w pracach tej komisji poprzez uczestnictwo w spotkaniach w NIL, a także poprzez stały kontakt drogą mailową.

W październiku 2016 r. przewodnicząca uczestniczyła w konferencji zorganizowanej przez Komisję Etyki Lekarskiej przy NIL wraz z Wielkopolską Izbą Lekarską pt. „Kodeks Etyki Lekarskiej wobec wyzwań współcze-



sności” z udziałem Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiła i Prymasa Polski Abp Wojciecha Polaka.

Na swoim ostatnim w 2016 r. spotkaniu, członkowie Komisji Etyki OIL przegłosowali jednomyślnie zgłoszenie kandydatury kol. Małgorzaty Łuszczyńskiej-Ostrowskiej do wyróżnienia „Prymariusz Opolski”, w dowód uznania za dotychczasową działalność na rzecz samorządu lekarskiego.

Najbliższe działania naszej Komisji Etyki Lekarskiej będą z pewnością nakierowane na dalszą dyskusję na temat obecnego i przyszłego kształtu Kodeksu Etyki Lekarskiej. Biorąc jednak pod uwagę również inne stojące przed nami zagadnienia do rozwiązania, jak np. funkcjonowanie szpitalnych komisji etycznych, biobankowanie czy powołanie pełnomocnika pacjenta – jest jeszcze wiele zagadnień wymagających dyskusji i analizy.

*Przewodnicząca Komisji Etyki Lekarskiej OIL  
Lek. dent. Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA*

\* \* \*

## **Sprawozdanie z działalności Komisji Kultury OIL**

Decyzją Okręgowej Rady Lekarskiej przy Opolskiej Izbie Lekarskiej z grudnia 2016 r. powołano Komisję Kultury OIL. W skład komisji weszli:

1. Marek Błaszczyk,
2. Agnieszka Kania,
3. Marek Kania,
4. Jerzy Lach,
5. Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska,
6. Marta Rodziewicz-Kabarowska,
7. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

Pierwsze zebranie członków komisji odbyło się 25.01.2017 r., z udziałem Prezesa OIL, Jerzego Jakubiszyna, który zgłosił wniosek o wybór Zarządu komisji.

- **Przewodniczącą** komisji została **Marta Rodziewicz-Kabarowska**
- **Z-cą przewodniczącej** – **Marek Błaszczyk**
- **Sekretarzem** – **Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska**

Na pierwszym zebraniu omówiono organizację warsztatów fotograficznych w dniach 15 – 18 czerwca br. w Rogowie Opolskim. Spotkanie to będzie finansowane przy współudziale NIL.

Lista członków nowoutworzonej komisji jest otwarta.

**Zapraszamy do współpracy wszystkich chętnych, zwłaszcza tych, którzy piszą, malują, muzykują, fotografują. itd., słowem – WSZYSTKICH TWÓRCÓW SZTUKI I JEJ WIELBICIELI.**

*Przewodnicząca Komisji Kultury OIL  
Lek. dent. Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA*

\* \* \*

## **Sprawozdanie Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów OIL za okres luty 2016 – styczeń 2017.**

W omawianym okresie Komisja odbyła 3 posiedzenia, na których omawiano sprawy dotyczące lekarzy seniorów.

Zorganizowano 1 Spotkanie Wiosenne i 1 Oplatkowe, z udziałem chóru Męskiego Kamerton. Przewodniczący Komisji, w kwietniu-maju uczestniczył w opracowaniu i wprowadzeniu „Koperty życia”, przez Centrum Informacji i Edukacji Rady Seniorów w Opolu; system ten ma ułatwić służbom ratowniczym pomoc seniorom samotnym lub nieprzytomnym.

W maju zorganizowano kilkunastoosobową, autokarową wycieczkę, obejmującą Park Miniatur w Olszowej, amfiteatr i Bazylikę na Górze św. Anny, pałac w Kamieniu Śląskim i wspaniałe sanatorium. Po obiedzie we wsi Dobra odwiedzono zamek w Mosznej i wysłuchano arii operetkowych w wykonaniu artystów z Wrocławia.

Zrealizowano kontakty z 90-letnimi superseniorami (15 za rok 2015 i 5 za rok 2016), w większości osobiście, przez dr Jakubiszyna i Chowańca, polegające na odwiedzinach, wręczeniu dyplomu okolicznościowego oraz 1000 zł wsparcia. Jubilaci okazywali wdzięczność za pamięć oraz wykazywali się bieżącymi wiadomościami, czerpanymi z Biuletynów Informacyjnych Izby.

Oczekujemy na zakończenie remontu budynku Izby i uzyskanie pomieszczeń do odbywania spotkań.

*Przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Emerytów  
i Rencistów OIL  
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC*

\* \* \*

## **Sprawozdanie z działalności Komisji Bioetycznej OIL od 1.02.2016 do 31.01. 2017**

W okresie, jak wyżej Komisja Bioetyczna odbyła 3 posiedzenia, na których rozpatrzyła łącznie 10 prac badawczo-naukowych, wydano pozytywnych 10 opinii.

*Przewodniczący Komisji Bioetycznej OIL  
Dr n. med. Jacek MIARKA*

\* \* \*

## Preliminarz budżetowy Opolskiej Izby Lekarskiej na 2017 r.

|  | PLAN 2016           | WYKONANIE 2016      | PLAN 2017           |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| <b>I. PRZYCHODY</b>                                  | <b>2.006.700,00</b> | <b>2.165.405,40</b> | <b>1.980.000,00</b> |
| <b>1. Przychody z działalności statutowej</b>        | <b>1.956.500,00</b> | <b>2.113.999,74</b> | <b>1.929.000,00</b> |
| Składki członkowskie                                 | 1.800.000,00        | 1.797.590,00        | 1.800.000,00        |
| Refundacja z Ministerstwa Zdrowia (zadania przejęte) | 100.000,00          | 262.295,89          | 100.000,00          |
| Opłaty za rejestrację praktyk                        | 15.000,00           | 14.377,00           | 15.000,00           |
| Refundacja z Urzędu Marszałkowskiego (staż podypl.)  | 18.000,00           | 13.339,13           | 13.000,00           |
| Komisja Bioetyczna – wydanie opinii                  | 8.000,00            | 813,00              | 1.000,00            |
| Przychody finansowe                                  | 13.000,00           | 14.604,02           | –                   |
| Inne przychody                                       | 2.500,00            | 10.980,70           | –                   |
| <b>2. Przychody pozostałe</b>                        | <b>50.200,00</b>    | <b>51.405,66</b>    | <b>51.000,00</b>    |
| Wynajem pomieszczeń                                  | 2.200,00            | 1.723,89            | 1.000,00            |
| Reklamy w Biuletynie Informacyjnym                   | 10.000,00           | 10.740,00           | 10.000,00           |
| Prowizja OC  | 38.000,00           | 36.495,56           | 37.000,00           |
| Pozostałe przychody operacyjne                       | –                   | 2.446,14            | 3.000,00            |
| <b>3. Zyski nadzwyczajne</b>                         | <b>–</b>            | <b>–</b>            | <b>–</b>            |
| <b>II. WYDATKI</b>                                   | <b>1.581.900,00</b> | <b>1.467.257,11</b> | <b>1.598.800,00</b> |
| <b>1. Koszty rodzajowe</b>                           | <b>1.106.900,00</b> | <b>1.066.633,32</b> | <b>1.110.400,00</b> |
| <b>a. Zużycie materiałów, energii, wody</b>          | <b>72.700,00</b>    | <b>64.696,07</b>    | <b>63.500,00</b>    |
| Energia, gaz, woda                                   | 55.000,00           | 45.988,18           | 46.000,00           |
| Artykuły biurowe                                     | 8.500,00            | 6.243,14            | 6.500,00            |
| Środki czystości                                     | 4.500,00            | 5.133,60            | 5.600,00            |
| Prenumerata czasopism                                | 1.700,00            | 2.434,81            | 2.400,00            |
| Inne materiały                                       | 3.000,00            | 4.896,34            | 2.000,00            |
| Wybory korespondencyjne                              | –                   | –                   | 1.000,00            |
| <b>b. Usługi obce</b>                                | <b>205.000,00</b>   | <b>158.423,48</b>   | <b>194.400,00</b>   |
| Remonty, konserwacja                                 | 2.000,00            | 946,36              | 1.000,00            |
| Koszty kolportażu                                    | 15.000,00           | 12.527,78           | 13.000,00           |
| Koszty Biuletynu Informacyjnego                      | 45.000,00           | 44.629,20           | 44.000,00           |
| Usługi pocztowe                                      | 23.000,00           | 22.106,74           | 26.000,00           |
| Usługi prawne  | 69.400,00           | 44.748,00           | 69.400,00           |
| Inne usługi  | 40.600,00           | 33.465,40           | 32.000,00           |
| Tworzenie nowego rejestru lekarzy                    | 10.000,00           | –                   | –                   |
| Wybory korespondencyjne                              | –                   | –                   | 9.000,00            |
| <b>c. Podatki i opłaty</b>                           | <b>4.000,00</b>     | <b>4.698,70</b>     | <b>5.000,00</b>     |
| <b>d. Wynagrodzenia</b>                              | <b>528.500,00</b>   | <b>558.048,72</b>   | <b>554.300,00</b>   |
| Osobowe wynagrodzenia                                | 367.000,00          | 406.192,72          | 404.000,00          |
| Umowa zlecenia, umowa o dzieło                       | 99.000,00           | 102.050,00          | 90.000,00           |
| Nagrody za specjalizację                             | 60.000,00           | 49.006,00           | 50.000,00           |
| Komisja Bioetyczna                                   | 2.500,00            | 800,00              | 700,00              |
| Wybory korespondencyjne                              | –                   | –                   | 9.600,00            |
| <b>e. Świadczenia na rzecz pracowników</b>           | <b>132.300,00</b>   | <b>138.483,44</b>   | <b>92.200,00</b>    |
| Składka ubezpieczeniowa, Fundusz Pracy, FGŚP         | 91.400,00           | 95.604,60           | 82.000,00           |
| Zakładowy Fundusz Nagród                             | 26.600,00           | 29.244,34           | –                   |
| Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych               | 8.800,00            | 8.751,44            | 9.500,00            |
| BHP  | 5.500,00            | 4.883,06            | 700,00              |
| <b>f. Amortyzacja</b>                                | <b>5.400,00</b>     | <b>2.107,30</b>     | <b>60.000,00</b>    |
| Amortyzacja środków trwałych                         | 5.400,00            | 2.107,30            | 60.000,00           |
| <b>g. Pozostałe koszty</b>                           | <b>159.000,00</b>   | <b>140.175,61</b>   | <b>141.000,00</b>   |
| Posiedzenia ORL i Prezydium ORL                      | 34.000,00           | 33.728,73           | 34.000,00           |
| Posiedzenia komisji problemowych                     | 12.500,00           | 15.171,62           | 15.200,00           |
| Zjazd  | 4.600,00            | 8.917,02            | 4.500,00            |
| Ubezpieczenia majątkowe                              | 2.900,00            | 2.907,07            | 3.000,00            |
| Sport, kultura, turystyka                            | 20.000,00           | 6.300,00            | 6.000,00            |
| Komisja Bioetyczna ryczałt                           | 5.000,00            | 4.100,00            | 4.300,00            |
| Koszty podróży                                       | 26.000,00           | 39.020,52           | 40.000,00           |
| Inne koszty  | 54.000,00           | 30.030,65           | 30.000,00           |
| Wybory korespondencyjne                              | –                   | –                   | 4.000,00            |
| <b>2. Składki do NIL</b>                             | <b>270.000,00</b>   | <b>265.160,43</b>   | <b>270.000,00</b>   |
| <b>3. Kształcenie podyplomowe</b>                    | <b>100.000,00</b>   | <b>40.737,28</b>    | <b>50.000,00</b>    |
| <b>4. Fundusz Samopomocy</b>                         | <b>80.000,00</b>    | <b>91.100,00</b>    | <b>90.000,00</b>    |
| <b>5. Pozostałe koszty operacyjne</b>                | <b>–</b>            | <b>3,26</b>         | <b>–</b>            |
| <b>6. Straty operacyjne, odsetki od kredytu</b>      | <b>–</b>            | <b>4,33</b>         | <b>68.400,00</b>    |
| <b>7. Rzecznik Praw Lekarza</b>                      | <b>25.000,00</b>    | <b>3.618,49</b>     | <b>10.000,00</b>    |
| <b>III. DOCHÓD</b>                                   | <b>424.800,00</b>   | <b>698.148,29</b>   | <b>381.200,00</b>   |
| <b>Podatek dochodowy od osób prawnych</b>            | <b>–</b>            | <b>4.453,00</b>     | <b>3.800,00</b>     |

Wydatki, związane z remontem siedziby, wyniosły do końca 2016 r. 1.406.859,96 PLN, w tym 1.256.017,95 PLN to były wydatki na roboty budowlane. Wydatki te pokryte były ze środków własnych OIL.

# POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 22.II.br. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, które prowadził Prezes Jakubiszyn. Na Radzie rozpatrywano następujące sprawy:

## **Przyznanie praw wykonywania zawodu**

O wpis na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej zwróciła się Małgorzata Szurgot (przeniesienie z Izby Lekarskiej w Krakowie). Ponadto Nikolas Pickering oraz Marlena Barańska wystąpili o wymianę prawa wykonywania zawodu po zakończeniu stażu podyplomowego. Wszystkie uchwały w tym punkcie przyjęto jednogłośnie.

Następnie Prezes przypomniał sprawę lekarza, który rok temu rozpoczął przeszkolenie z powodu długiej przerwy w wykonywaniu zawodu. Lekarz ten przedłożył zaświadczenie, potwierdzające odbycie wszystkich staży, ujętych w zeszłorocznej uchwale Rady. Przy 2 wstrzymujących się głosach Rada podjęła uchwałę o zaliczeniu przeszkolenia.

Prezes poinformował także, iż lekarz, któremu wysłano uchwałę Rady o zawieszeniu mu prawa wykonywania zawodu z powodu nie stawienia się na posiedzenie Komisji, mającej ocenić stan jego zdrowia, nie odebrał dwukrotnie awizowanej przesyłki. Prezes przekazał także, iż Wydział Zdrowia UW poinformował o zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia decyzji o skreśleniu tego lekarza z listy osób specjalizujących się.

Dalej Prezes poruszył sprawę lekarki, wobec której na poprzedniej Radzie powołano Komisję do oceny stanu zdrowia, na którą wpłynęły kolejne skargi, potwierdzające jej zaburzenia psychiczne. Niestety mąż nie uzyskał zgody Sądu na przymusowe leczenie (przedłożone przez niego zaświadczenie lekarza psychiatry miało zbyt odległą datę). Do Izby nie dotarła też jeszcze „zwrotka”, potwierdzająca odebranie listu, który informował o powołaniu Komisji. W związku z tym, po burzliwej dyskusji, jednogłośnie postanowiono podjąć uchwałę, która zobowiąże lekarkę do natychmiastowego powstrzymania się od wykonywania zawodu do czasu zakończenia postępowania podjętego przez Radę lub do czasu podjęcia przez nią stacjonarnego leczenia. Prezes zobowiązał się dostarczyć tę uchwałę zainteresowanej w dniu jutrzejszym.

## **Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy**

Brak wniosków.

## **Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich**

O skreślenie z rejestru zwróciło się sześcioro lekarzy. Uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Prezes przedstawił trzy wnioski o przyznanie zapomóg – we wszystkich powodem był podeszły wiek i liczne przewlekłe choroby. Zapomogi przyznano przy jednym głosie wstrzymującym.



## **Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych**

Dyrektor Brzeskiego Centrum Medycznego prosi o wskazanie przedstawiciela Izby do komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej następujących oddziałów: Rehabilitacji Neurologicznej, Psychiatrycznego, Chorób Wewnętrznych, Pediatrii, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Ginekologiczno-Położniczego, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Rada jednogłośnie wyznaczyła kol. Suzanowicz.

## **Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej**

O zwolnieniu z opłacania składek członkowskich do maja 2017 r. zwrócił się lekarz, który przebywa aktualnie na urlopie bezpłatnym. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

## **Powołanie mediatora izbowego**

Prezes poinformował o wpłynięciu pisma Przewodniczącej Okręgowego Sądu Lekarskiego, w którym zwraca się ona do Rady o wyznaczenie mediatora, ponieważ o polubowne zakończenie postępowania zwróciła się lekarka, przeciwko której toczy się sprawa przed OSL. Zgodnie z art. 113 ust. 3 ustawy o izbach lekarskich Okręgowa Rada Lekarska powołuje na okres swojej kadencji mediatora, którym ma być lekarz godny zaufania. Kol. Wojtyłko zgłosił kandydaturę kol. Dryji, członka Komisji Etyki, który wyraził zgodę. Uchwałę przyjęto przy 1 głosie wstrzymującym się.

## **Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami**

W tym punkcie nikt nie zabrał głosu.

## **Sprawy różne i wolne wnioski**

Kol. Nociński-Firlej poprosiła, aby w Biuletynie zamieścić informację, kiedy lekarz powinien informować swojego ubezpieczyciela o wpłynięciu skargi, dotyczącej jego postępowania w ramach działalności medycznej.

Kol. Łuszczynska-Ostrowska podziękowała za przyznanie jej przez Radę Godności Prymariusza Opolskiego.

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie zakończono.

*Sekretarz ORL, Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK  
Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*



# APEL O ZBIÓRKĘ PODPISÓW

## Drogie Koleżanki! Drodzy Koledzy!

Trwa zbiórka podpisów pod obywatelskim projektem ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia. Projekt został stworzony przez Porozumienie Zawodów Medycznych (PZM), skupiające związki zawodowe reprezentujące wszystkie zawody medyczne, które zorganizowało kilkudziesięciotysięczną manifestację 24 września 2016 roku w Warszawie.

Projekt ustawy dotyczy minimalnego wynagrodzenia w naszej branży, które jest wyrażone w formie współczynników odnoszących się do średniej krajowej. Projekt PZM proponuje minimum 2 średnie krajowe dla lekarzy i lekarzy dentystów bez specjalizacji i 3 średnie krajowe dla specjalistów. Wysokość tych współczynników wynika z propozycji NRL z czasów prezesury obecnego ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła. Stoją one w rażącej dysproporcji z współczynnikami proponowanymi przez Ministerstwo Zdrowia pod jego rządami – odpowiednio 1,02 dla lekarzy bez specjalizacji i 1,21 dla specjalistów, które dodatkowo mają być osiągnięte w ciągu 5 lat (sic!). Wysokość współczynników dla pozostałych grup zawodowych była ustalona poprzez odpowiednie związki zawodowe i jest do wglądu w projekcie ustawy na stronie [www.rezydenci.org.pl](http://www.rezydenci.org.pl)

Zgłaszam się do Was z prośbą o zbieranie podpisów pod projektem ustawy. Zbieramy je do 16 maja, lecz ze względów proceduralnych prosimy o przysyłanie ich do niżej wymienionych miejsc do 30 kwietnia. Jeżeli przegapicie tę datę, proszę podjąć próbę wysłania ich jak najszybciej, być może uda dołączyć się je do ogólnej puli. Kartkę do podpisu znajdziecie załączoną do aktualnego wydania biuletynu. Przy wypełnianiu list proszę o zwrócenie uwagi na to by **nie wpisywać liczby porządkowej**, gdyż ta kolumna będzie wypełniana dopiero przy liczeniu podpisów. Podpisy z wpisaną liczbą porządkową będą NIEWAŻNE! Proszę pamiętać o nie dopisywaniu poprawek – wiersz z przekreśleniem staje się nieważny, w związku z tym należy wypełnić poprawnie kolejny. Pozostałe uwagi dotyczące prawidłowego uzupełniania tabel można przeczytać na stronie [www.rezydenci.org.pl](http://www.rezydenci.org.pl)

Po zebraniu podpisów można:

- przekazać je do przewodniczącego Oddziału Terenowego OZZL lub do odpowiedniej struktury wyższej,
- przekazać je do Komisji Młodych Lekarzy przy Opolskiej Izbie Lekarskiej w Opolu,
- w przypadku zebrania co najmniej 500 podpisów należy wysłać je do centrali zbierania podpisów pod adres: **Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii** ul. Prószkowska 76, Budynek nr 9 Pokój nr 6, 45-758 Opole listem priorytetowym poleconym lub odpowiednio ubezpieczoną przesyłką kurierską.

Na koniec pragnę zamieścić uwagę. Projekt dotyczy wszystkich zawodów medycznych. Niesnaski pomiędzy związkami zawodowymi, rozgrywane przez panujące władze wynikają bardziej z polityki, niż z realnych różnic w podejściu do słusznych oczekiwań płacowych pracowników medycznych. Gramy zatem do jednej bramki i podpisy zbieramy razem.

Życzę powodzenia i wytrwałości w zbieraniu podpisów.

Konrad REKUCKI  
Komisja Młodych Lekarzy przy OIL w Opolu

# Komitet Inicjatywy Ustawodawczej -

## **Wykaz obywateli, którzy udzielają poparcia projektowi ustawy**

**Projekt: Ustawa w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia**  
(tytuł projektu ustawy)

[illegible]



# Ustawa w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia

## Wykaz obywateli, którzy udzielają poparcia projektowi ustawy

(tytuł projektu ustawy)

---





Minister Zdrowia  
Dr n. med. Konstanty Radziwiłł

## Szanowny Panie Ministrze!

Zwracamy się do Pana z prośbą o interwencję w sprawie zatwierdzonej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wyceny procedur artroskopowych i przedstawiamy poniżej nasze stanowisko w tej sprawie.

Stanowisko i protest Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego w sprawie wyceny procedur artroskopowych H21, H22 i H23 zaproponowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w dniu 06.12.2016 roku i zatwierdzonej w obwieszczeniu z dnia 30.12.2016 roku.

Zarząd Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego z niepokojem obserwuje od lat tendencje instytucji taryfikujących do obniżania wycen procedur artroskopowych w katalogu gwarantowanych świadczeń ortopedycznych.

Opublikowany 6 grudnia 2016 roku przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji projekt zmian w zaszeregowaniu i wycenie kosztów procedur artroskopowych zakładał cięcie wycen punktowych oraz rezygnację z podziału artroskopii na diagnostyczną H23 i leczniczą H22.

O ile spójne z naszym stanowiskiem jest połączenie grup katalogowych H23 i H22 (artroskopia diagnostyczna bowiem w dobie dostępności do nowoczesnych narzędzi diagnostycznych dawno straciła na swoim znaczeniu), o tyle redukcja i tak zaniżonych od samego początku, a dodatkowo okrojonych w roku 2015, stawek za procedury artroskopowe budzi nasz stanowczy sprzeciw!

Wspomniany projekt zakładał obniżenie wyceny punktowej „artroskopowej rekonstrukcji z użyciem implantów H21” z 85 do 68,94 punktów (o 19%) oraz „artroskopii leczniczej H22” z 55 do 38,79 punktów (o 29%). Mimo protestów środowiska ortopedycznego 30 grudnia 2016 roku Prezes AOTMiT zamieścił na stronie internetowej obwieszczenie zawierające ustalenia taryf świadczeń gwarantowanych na poziomie 70,90 punktów dla katalogu H21 i 38,79 punktów dla katalogu H22.

Otwarte pozostaje pytanie, na podstawie jakich analiz AOTMiT przygotowała swoje propozycje wycen?

W naszej opinii brak uwzględnienia rzeczywistych kosztów procedur artroskopowych, a tym bardziej ich

bezzasadne obniżanie doprowadzi do wielu poważnych konsekwencji.

Jednostki służby zdrowia zmuszone będą do zaprzestania wykonywania artroskopii z przyczyn ekonomicznych. Niedoszacowanie kosztów wykluczy procedury artroskopowe z leczenia chorób stawów na rzecz procedur otwartych. Jest to działanie wbrew powszechnie uznanym zasadom wyboru metod leczenia opartym na kryteriach: „best practice” (udowodnione najlepsze wyniki leczenia przy mniejszym ryzyku powikłań) oraz „value cost-effectiveness” (udowodnione wyniki skuteczności wobec poniesionych kosztów). Zastosowanie obydwóch parametrów pozwoliło w literaturze fachowej na udowodnienie przewagi technik artroskopowych nad otwartymi.

W następstwie powyższego dojdzie lawinowo do kolejnych implikacji – przewlekania się leczenia ambulatoryjnego, wzrostu absencji chorobowej pacjentów, „produkcji” młodych rencistów, a w konsekwencji wzrostu publicznych wydatków w formie świadczeń ZUS i KRUS oraz utraty dochodów państwa płynących z pracy przywróconych do zdrowia obywateli. Problem dotyczy w większości ludzi w wieku produkcyjnym! Leczenie artroskopowe jako technika małoinwazyjna pozwala na poprawę jakości życia i szybszy powrót do zdrowia.

Rezygnacja z tego typu usług w jednostkach realizujących kontrakt ortopedyczny w oparciu o finansowanie „płatnika społecznego” wymusi na części zamożnych chorych realizację operacji artroskopowych w sektorze prywatnym. Co jednak z większością grupą pacjentów, których nie stać będzie na takie rozwiązanie?!

Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, współpracując ściśle z jego europejskim odpowiednikiem – EFORT, realizuje swoje statutowe cele walcząc o poprawę skuteczności leczenia patologii narządu ruchu oraz odpowiada za edukację medyczną w tym kierunku. Opracowuje i krzewi wysokie standardy leczenia (w tym artroskopowego zaopatrzenia chorób stawów).

Skala wyceny procedur ortopedycznych, w porównaniu na przykład ze skalą wyceny procedur neurochirurgów, kardiochirurgów i chirurgów naczyniowych, wydaje się być skandaliczna!

Procedury artroskopowe w ortopedii, jeśli są wykonywane profesjonalnie, wymagają wielu lat szkoleń personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek), są czasochłonne i kosztochłonne. Wycena procedur ortopedycznych musi brać pod uwagę wszystkie elementy składające się na całkowity koszt operacji. Kalkulacja powinna obejmo-

► wać ceny jednorazowych narzędzi, implantów ortopedycznych, materiałów medycznych, koszty amortyzacji i utrzymania drogiego sprzętu, sterylizacji, pobytu pacjenta w szpitalu i pracy personelu o wysokich kwalifikacjach! Wycena procedur artroskopowych na proponowanym poziomie jest upokarzająca dla specjalistów ortopedów i wpływa demoralizująco na młodych adeptów sztuki medycznej.

Brak należytej wyceny tego typu operacji, to nie tylko odcinanie chorych od dostępu do właściwego leczenia, ale i celowe niszczenie ogromnego potencjału ludzkiego oraz technologicznego, a także cofnięcie się w tej sferze usług medycznych o 10–20 lat! Będzie miał również niewątpliwie negatywny wpływ na rozwój nowoczesnych technik operacyjnych i pociągnie za sobą nieodwracalne skutki, obniżając znacznie kompetencje ortopedów.

Obowiązująca do tej pory wycena procedur artroskopowych niestety nie uwzględnia kilku zasadniczych elementów, które mają znaczenie w kształtowaniu się kosztów: rodzaju użytych implantów, poziomu wykonywanych usług i premiowania jakości! Nawiązanie ściślejszej współpracy z Towarzystwami Naukowymi pozwoliłoby spełnić te warunki.

Żywimy nadzieję, iż proponowane przez AOTMiT zmiany zakładające oszczędności w sferze nakładów finansowych na procedury artroskopowe nie miały na ce-

lu obniżenia poziomu usług ortopedycznych, a wynikały jedynie z braku należytych informacji. Zmiany te mogą niestety uderzyć w znaczącą część społeczeństwa, wywołując obniżenie nastrojów społecznych.

W sytuacji tak niefortunnie podjętej decyzji za utrudniony dostęp pacjentów do usług artroskopowych oraz wynikające z redukcji ich wycen w katalogu świadczeń gwarantowanych prawdopodobne obniżenie ich jakości, odpowiedzialność spada wyłącznie na jednostkę opiniującą i taryfikującą oraz akceptującą te zmiany płatnika.

W naszej ocenie należy bezzwłocznie przystąpić do weryfikacji taryf przedstawionych w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z 30 grudnia 2016 roku.

Nadmieniam, iż zarządy większości polskich towarzystw naukowych, którym artroskopia leży na sercu, przygotowują wspólne stanowisko w tej sprawie.

Z wyrazami szacunku.

Za Zarząd

*Robert Pelka*

*Prezes Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa*

*Ortopedycznego i Traumatologicznego*

*Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Barku i Łokcia*

Opole, 5.01.2017

## PROTEST ORTOPEDÓW

### Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy!

W związku ostatnimi decyzjami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji obniżającymi wycenę procedur artroskopowych w ortopedii pozwalam sobie przedstawić środowisku lekarskiemu stanowisko Oddziału Opolskiego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego przekazane Ministrowi Zdrowia dr n. med. Konstantemu Radziwiłłowi. Po zamachu na procedury endoprotetyczne reformatorzy opieki zdrowotnej postanowili wyeliminować z portfolio zabiegów ortopedycznych w Polsce techniki artroskopowe. Nowa wycena procedur bowiem nie pokrywa często nawet kosztów zużywalnych jednorazowych materiałów eksploatacyjnych i implantów! Przymus szukania oszczędności udowodnia tylko, że nie istnieją granice absurdu! Następnym krokiem będzie być może deprecjacja i tak skandalicznych wycen w traumatologii!

Decyzje na szczeblu centralnym pogrążają polską ortopedię w beznadziei i cofają o co najmniej 30 lat! Polskie Towarzystwo Barku i Łokcia i Polskie Towarzystwo Artroskopowe wystosowało protest przeciwko wprowadzeniu obwieszczeniem AOTMiT obniżek wycen procedur ortopedycznych. Jest on dostępny na stronach ww. Towarzystw. Milczenie oznaczałoby aprobatę dla zmian szkodliwych i niebezpiecznych dla zdrowia pacjentów, których przysięgaliśmy leczyć w najlepszej wierze i zgodnie z najwyższymi standardami.

Liczę na Państwa moralne wsparcie w tej sprawie.

*Prezes Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego Traumatologicznego*

*Robert PELKA*

# PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2017 r.



| Termin   | Kierownik naukowy   | Temat  | Miejsce szkolenia   |
|--|---|--|---|
| cz. I 20–23.IV.17 r. <sup>2</sup><br>cz. II 27–30.IV.17 r. <sup>2</sup>  | Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego                      | Zdrowie publiczne (dla lekarzy i lekarzy dentyków wszystkich specjalności będących w trakcie specjalizacji wg starego trybu)   | Sala konferencyjna Urzędu Marszałkowskiego w Opolu                                |
| 11-12.V.17 r.<br>(2 dni – 16 godz.) <sup>2</sup>                         | Dr n. med. Iwona Rajca-Biernacka dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu | Przetaczanie krwi i jej składników (dla lekarzy i lekarzy dentyków specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji) | Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu                         |
| 19.V.17 r.<br>(5 godz.) <sup>1</sup>                                     | Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego                      | Senior – pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej   | Opolskie Centrum Onkologii lub Sala konferencyjna Urzędu Marszałkowskiego w Opolu |
| Czerwiec – termin w trakcie ustalania<br>(2 dni – 16 godz.) <sup>2</sup> | Dr n. med. Sławomir Tubek Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych                      | Geriatrya (dla lekarzy objętych programem modułu podstawowego w zakresie chorób wewnętrznych)                                  | Sala konferencyjna Urzędu Marszałkowskiego w Opolu                                |

1) zapisy w sekretariacie Izby – prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

2) kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: [opole.szkolenia@hipokrates.org](mailto:opole.szkolenia@hipokrates.org) informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl) (w zakładce kursy specjalizacyjne) będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia. Szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

## NAJPOTĘŻNIEJSZY MAGNAT POLSKI – HETMAN JAN ZAMOJSKI (1542–1605)

Pracę powyższą poświęcam pamięci mojego nauczyciela ś. p. prof. dr hab. n. med. Stanisława Lembrycha – wieloletniego ordynatora Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. dr Sergiusza Mossora i konsultanta wojewódzkiego z zakresu położnictwa i ginekologii, wychowawcy wielu ginekologów i położników województwa opolskiego, syna Zamojszczyzny urodzonego w pięknej miejscowości Zwierzyniec, gdzie znajdowała się siedziba ordynacji zamojskiej.

Jan Zamojski urodził się 20 marca 1542 r. w średniowiecznej rodzinie szlacheckiej. Kształcił się na najlepszym wówczas w Europie Uniwersytecie w Padwie (również tam studiowali Mikołaj Kopernik i Jan Kochanowski). Po powrocie do kraju, dzięki wyjątkowej aktywności politycznej, szybko doszedł do godności Kanclerza Wielkiego Koronnego i Hetmana Wielkiego Koronnego.

W roku 1589 za zgodą króla Zygmunta III Wazy Zamojski ustanowił tzw. ordynację zabezpieczającą majątek rodu przed rozdrobnieniem. Posiadłość Zamojskiego liczyła wówczas 4000 km<sup>2</sup>, na której znajdowało się sześć miast i 150 wsi. W myśl statutu, tych rodowych dóbr nie można było sprzedawać i dzielić. Zarządzał nimi ordynat, a po jego śmierci następcą był zawsze naj-

starszy syn. Ordynacja zmuszała kolejnych ordynatów do zapewnienia źródeł utrzymania młodszym braciom oraz posagów dla sióstr. Każdy ordynat miał obowiązek utrzymania 200 żołnierzy i troszczyć się o modernizację twierdzy zamojskiej.

Kolejni ordynaci z tych obowiązków wspaniale się wywiązywali. Wielu z nich koncentrowało się również na sprawach gospodarczych i tak np. 12 ordynat Stanisław Kostka Zamojski ze studiów w Anglii przywiózł do Zwierzyńca tamtejszych mechaników i wkrótce zaczęto tam produkować młockarnie, siewniki i pługi. Stanisław Kostka stworzył również zwierzyniecki browar, który przed II wojną światową uznawany był za jeden z najlepszych w Polsce.

Perłą w ordynacji był Zamość. Do zaprojektowania miasta-twierdzy Jan Zamojski zaprosił słynnego architekta z Padwy Bernarda Morando. Budowa na pustkowiu trwała tylko osiem lat. Sam Morando osiedlił się w Zamościu i przez trzy lata był nawet burmistrzem miasta. Ożenił się z Katarzyną nieznanego nazwiska, która urodziła mu sześcioro dzieci. Po śmierci w 1600 r. został pochowany w zamojskiej katedrze.

Plan miasta został oparty na zasadach harmonii nawzajem uzupełniających się: ratuszem, pałacem, kolegiatą





*Jan Zamojski*



*Batorty pod Pskowem*



*Ratusz w Zamościu*

(katedrą) oraz słynną Akademią, która wkrótce została jednym z czołowych ośrodków naukowych Wschodniej Europy. Akademia Zamojska, dzięki hojności hetmana zatrudniała znakomity zespół profesorów ze znanym filologiem i poetą Szymonem Szymonowiczem na czele.

Zamojski w celu ożywienia miasta wprowadził przywileje dla innowierców. Wkrótce najpiękniejsze zachowane do dzisiaj domy zaczęli wznosić Ormianie, później dołączyli do nich Żydzi, niemieccy protestanci, Węgrzy, Szkoci, Grecy.

Jednym z najpiękniejszych zabytków Zamościa (figuruje na liście Światowego Dziedzictwa UNESCO) jest ratusz z wieżą o wysokości 52 metrów oraz wachlarzowymi schodami. W południe grany jest z wieży ratuszowej hejnał, ale tylko na trzy strony świata. Hejnalista trąbi tylko w kierunku trzech bram miejskich: lubelskiej, lwowskiej i szczebrzeszyńskiej, nie trąbi natomiast w kierunku zachodnim, a więc Krakowa z powodu znanej niechęci Zamojskiego do wawelskiego grodu wynikającego z lekceważenia przez profesorów Uniwersytetu Jagiellońskiego Akademii Zamojskiej.

Kanclerz i Hetman Wielki Koronny Jan Zamojski odegrał wielką rolę w historii Polski. Za czasów panowania króla Stefana Batorego brał czynny udział w walkach o Inflanty i przyczynił się do zdobycia Pskowa. Na słynnym obrazie Jana Matejki „Batorty pod Pskowem”, gdzie przed klęczącym pokonanym carem Iwanem Groźnym, obok Stefana Batorego stoi potężna postać Jana Zamojskiego w czerwonej szacie.

Podczas bezkrólewia po śmierci Stefana Batorego (1588) poparł zgłoszoną przez królową Annę Jagiellonkę kandydaturę do tronu polskiego Zygmunta III Wazy. Zygmunt III Waza został koronowany na króla polskiego dzięki Janowi Zamojskiemu, który 24 stycznia 1588 r. pod Byczyną (na Opolszczyźnie) pokonał arcyksięcia Maksymiliana Habsburga, roszczonego pretensje do korony polskiej. Maksymilian II został wzięty do niewoli i przewieziony do Zamościa. Został wyprowadzony przez jedną z bram miejskich, która następnie została zamurowana, ponieważ Jan Zamojski stwierdził, że już nigdy tak dostojnego człowieka nie będzie wprowadzał do Zamościa. Maksymilian kilka miesięcy spędził w honorowej niewoli w Krasnym Stawie. O jego uwol-

nienie zabiegał brat cesarz austriacki Rudolf II. W końcu Maksymilian został uwolniony, zaś w goście Jan Zamojski ofiarował mu kilka koni.

Pożycie małżeńskie Jana Zamojskiego nie było szczęśliwe, miał cztery żony:

- pierwsza Anna Ossolińska zmarła po roku małżeństwa,
- druga Krystyna Radziwiłłówna zmarła po dwóch latach małżeństwa,
- trzecia Gryzelda Batorówna, bratanica króla Stefana Batorego, zmarła po urodzeniu drugiej córki,
- czwarta Barbara Tarnowska urodziła jedynego syna Tomasza, późniejszego Kanclerza Wielkiego Koronnego.

Jan Zamojski zmarł niespodziewanie 3 czerwca 1605 r. wstając od stołu po hucznej biesiadzie. Spoczął pod posadzką jednej z ośmiu kaplic Katedry Zamojskiej.

Twierdza Zamojska nie została zdobyta przez Bohdana Chmielnickiego (Zamość okupił się kwotą 202 tys. złotych) oraz podczas potopu szwedzkiego. Mimo, że oblegający Zamość sam król szwedzki Karol X Gustaw proponował okup, broniący miasta Jan Sobiepan Zamojski tej propozycji nie przyjął. Za tą postawę król Jan Kazimierz po powrocie do Polski z Głogówka (na Opolszczyźnie) ofiarował mu województwo kijowskie.

Twierdza Zamojska niestety kilkakrotnie była zdobywana. W roku 1809 przez wojska Księstwa Warszawskiego, w roku 1813 po klęsce Napoleona pod Lipskiem przez Rosjan, w roku 1920 przez Polaków (Zamość znajdowała się po rozbiorach pod panowaniem austriackim) oraz w roku 1939 przez hitlerowskie Niemcy, którzy w twierdzy zamojskiej zrobili kaźnie Polaków.

P. S. Z rodziną Zamojskich związana jest postać Marysieńki żony króla Jana III Sobieskiego. Jako młoda dziewczynka przybyła do Polski z Francji z dworem królowej Ludwiki Marii, żony Władysława IV Wazy jako Maria Kazimiera d'Arquien. Została poślubiona cytowanemu powyżej Janowi Sobiepanowi Zamojskiemu znanemu pijakowi i rozpustnikowi. Po jego śmierci w roku 1665 w Zamościu Marysieńka po 5 tygodniach poślubiła potajemnie Jana Sobieskiego, mimo że jej małżonek nie spoczął jeszcze w grobie.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

## CO Z TĄ SIECIĄ?

W połowie stycznia 2017 r. premier Beata Szydło stanęła murem za ministrem zdrowia i ogłosiła, że przygotowane przez niego projekty bezzwłocznie zostaną przyjęte przez rząd. - *Ruszamy z reformą ochrony zdrowia, na którą wszyscy czekają* - obwieściła związkowcom i pracodawcom z Rady Dialogu Społecznego. Miesiąc później pierwszy z przygotowanych projektów, dotyczący sieci szpitali, nadal tkwił w rządowej zamrażarce.

Jeśli wierzyć przysłowiu „Do trzech razy sztuka”, Konstanty Radziwiłł powinien dojść do wniosku, że wyczerpał się limit zapowiedzi, że „tym razem na pewno” rząd zajmie się projektem ustawy o sieci szpitali. Choć trzeba przyznać, że 14 lutego było już naprawdę blisko - projekt pojawił się w porządku obrad rządu. I gdyby nie wypadek samochodowy premier Beaty Szydło, Rada Ministrów zapewne podjęłaby decyzję w sprawie projektu.

Problem w tym, że nie do końca jest przesądzone, jaka to byłaby decyzja. Dlaczego?

- *Ustawę o sieci szpitali zajmiemy się za tydzień* - poinformował wicepremier Piotr Gliński, 14 lutego prowadzący posiedzenie Rady Ministrów pod nieobecność Beaty Szydło. Dodał, że w sprawie sieci „pojawiało się kilka znaków zapytania”, a pani premier chciała uczestniczyć w procesie „wyjaśniania kontrowersji”. - *Tydzień czy dwa zwłoki nie stanowią problemu przy tak poważnych zmianach* - stwierdził Gliński. Wstępnie zaplanowano, że ustawa pojawi się na posiedzeniu rządu 21 lutego, choć jeśli nieobecność Beaty Szydło będzie dłuższa (tego samego dnia pojawiła się opinia lekarska, że obrażenia szefowej rządu mają charakter poważniejszy niż wstępnie oceniano), niewykluczone, że jeszcze tydzień później.

Sam fakt, że wobec projektu, który wchodzi pod obrady rządu, pojawiają się „kontrowersje” czy „znaki zapytania”, źle wróży. Konkretnie znaki zapytania sformułowali bardzo precyzyjnie wicepremierzy Mateusz Morawiecki oraz Jarosław Gowin. Obydwaj przestrzegają zarówno przed wykluczeniem większości prywatnych placówek medycznych z sieci szpitali (kryteria spełniają w zasadzie wyłącznie placówki onkologiczne), jak i przed konsekwencjami centralizacji systemu, która może doprowadzić do jeszcze większego chaosu w służbie zdrowia. Minister Gowin stawia tezę, że kierunek reform, proponowanych przez Konstantego Radziwiłła, sprowadzi na rząd Beaty Szydło porównywalne problemy, z jakimi borykał się rząd Jerzego Buzka po wprowadzeniu reformy zdrowia. Konsekwencją tamtych problemów była klęska wyborcza AWS w 2001 r. Gowin i Morawiecki nie tylko zamierzają przedstawić zastrzeżenia do projektu, ale chcą, by premier Beata

Szydło była obecna przy podejmowaniu decyzji, ze względu na polityczne konsekwencje tego kroku.

### Klauzula: pilne!

Dla ministra zdrowia to hiobowe wieści. Projekt, który trafił już pod obrady rządu, Konstanty Radziwiłł opatrzył prośbą, by do Sejmu został skierowany z klauzulą „pilne”. Harmonogram wprowadzania zmian jest bardzo napięty i każdy tydzień zwłoki, zwiększa ryzyko niedotrzymania terminów. Teoretycznie nie ma przeciwwskazań: prezes Prawa i Sprawiedliwości zaakceptował kierunek zmian, jakie chce wprowadzać minister Radziwiłł. Jarosław Kaczyński nie widzi problemu w „odcięciu” prywatnych szpitali od pieniędzy z Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednocześnie jednak szef rządzącej partii w publicznych wypowiedziach zastrzegł, że zmiany w ochronie zdrowia powinny następować „stopniowo”. Kłopot w tym, że w tej chwili „stopniowo” musiałoby oznaczać wycofanie się z projektu ustawy o sieci lub modyfikację harmonogramu wszystkich innych działań, z likwidacją NFZ włącznie. Narodowy Fundusz Zdrowia nie może bowiem zostać zlikwidowany, zanim nie przeprowadzi całości kontraktowania świadczeń szpitalnych, które zaplanowano na koniec pierwszego półrocza 2017. Od 1 lipca wszystkie szpitale (zarówno te w sieci, jak i poza nią) mają działać na nowych zasadach i na podstawie nowych umów. Przeprowadzenie procedury konkursowej to minimum dwa miesiące... A najpierw NFZ musi wiedzieć, jakimi pieniędzmi dla szpitali „nie sieciowych” będzie dysponować.

### Kolejne niewiadome

Ministerstwo Zdrowia szacuje (Ocena Skutków Regulacji), że będzie to 9% całego budżetu na leczenie szpitalne (w 2017 r. wynosi on 31,7 mld zł). Problem w tym, że OSR do projektu lutowego jest datowana na grudzień i nie uwzględnia ani zmian dokonanych przez resort (ułatwiających włączanie do sieci również tych szpitali, które nie spełniają warunków), ani tego, że już w styczniu organy założycielskie poszczególnych placówek rozpoczęły proces ich łączenia. Tylko po to, by „przeskoczyć” z pierwszego lub drugiego poziomu na kolejny i dzięki temu zakwalifikować się do ryczałtowego finansowania wszystkich lub przynajmniej większości oddziałów (zamiast zaledwie kilku). To zaś musi oznaczać, że zwiększy się pula pieniędzy na kontraktowanie ryczałtowe kosztem konkursów. Może się oczywiście okazać (nieoficjalnie mówią o tym m.in. urzędnicy NFZ), że na konkursy z zakresu lecznictwa zamkniętego zostaną

przeznaczone dodatkowe środki, jeśli ze składki wpły nie większa niż przewidywano kwota. Byłoby to jednak możliwe dopiero w drugiej połowie roku. W dodatku stałoby w sprzeczności zarówno z deklarowanym kierunkiem zmian w ochronie zdrowia (odchodzimy od lecznictwa szpitalnego, które jest drogie, w kierunku opieki ambulatoryjnej), jak i wnioskami płynącymi m.in. z map potrzeb zdrowotnych.

## Mapy

Mapy potrzeb zdrowotnych i ich wpływ (a raczej brak wpływu) na sieć szpitali to zresztą osobny wątek zastrzeżeń, jakie wobec projektu Konstantego Radziwiłła formułują eksperci np. z organizacji pracodawców. Mapy zdrowotne, które urzędnicy resortu zdrowia opracowują ze względu (m.in.) na wymagania unijne, wskazują, w jakich dziedzinach należy zwiększyć liczbę łóżek szpitalnych, w jakich zmniejszyć (dotyczyło również regionów). Tymczasem sieć szpitali konserwuje status quo na pewno na pierwszych kilka lat obowiązywania ustawy.

Zastrzeżenia wobec projektu dotyczącego sieci szpitali kilka razy formułował zarówno samorząd lekarski, jak i Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. Sieci obawiają się samorządy powiatowe i wojewódzkie. A także organizacje pacjenckie, które dosłownie na kilkadziesiąt godzin przed planowaną dyskusją na forum rządu przygotowały apel do premier Beaty Szydło o... wstrzymanie prac nad ustawą. Pacjenci (m.in. Fundacja Urszuli Jaworskiej oraz Instytut Praw Pacjenta) boją się, że sieć pogor-

szy dostępność świadczeń, a przede wszystkim obniży jakość opieki, bo wyeliminuje konkurencję. Organizacje pacjenckie podnoszą m.in. argument, że ministerstwo nie przewidziało żadnego mechanizmu eliminowania z sieci placówek, które nie zagwarantują odpowiedniego poziomu leczenia. Ci, którzy otrzymają ryczałt, będą mogli spać spokojnie do kolejnego kontraktowania. Ministerstwo Zdrowia, zdaniem pacjentów, nie przeprowadziło szerokich konsultacji publicznych (ten argument nie pierwszy raz wysuwają organizacje pacjenckie, które czują się ignorowane przez resort zdrowia).

Jeśli mimo tych wątpliwości rząd przyjmie projekt i skieruje go do Sejmu, najprawdopodobniej Prawo i Sprawiedliwość będzie musiało przeprowadzić go przez proces legislacyjny szybką ścieżką. To zaś uruchomi kolejną lawinę zastrzeżeń. Niektórzy posłowie PO mówili jeszcze w końcu ubiegłego roku, że projekt ustawy o sieci szpitali powinien mieć publiczne wysłuchanie. Już raz opozycji udało się w sprawie sieci oddać głos przedstawicielom samorządów i szpitali, gdy pojawili się w charakterze gości na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Ton tamtych wypowiedzi był jednoznaczny. Na taką zmianę nikt nie czeka. Albo raczej: nie takiej zmiany wszyscy oczekują.

**Z ostatniej chwili – 21 lutego Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy o sieci szpitali.**

*Małgorzata SOLECKA*

(przedruk z „Pulsu” nr 3/17)

## PIENIĄDZE ALBO ŻYCIE

Gdy zacznie funkcjonować sieć, jedni zbankrutują, inni wygrają większe pieniądze i – taką nadzieję ma rząd – w końcu się finansowo zbilansują. Ten plan ma jednak kardynalną wadę: jakoś trzeba przetrwać ten „trudny, przełomowy rok”. Kasy coraz mniej, przestaje starczać na wydatki na realnym dla ubiegłego roku poziomie, reformy będą kosztować – tymczasem o pieniądzach na sfinansowanie zmian czy choćby przetrwanie nie słychać. Wygląda na to, że jedynym pomysłem jest zgoda na beznadziejne pogrążenie się w długach. A o nie może się wywrócić cała reforma. Co to wszystko razem oznacza? Prezentujemy analizę Rafała Janiszewskiego.

Wszystko wskazuje na to, że będzie to trudny rok zmian, które – aby przyniosły oczekiwany efekt – muszą wiązać się z kosztami. Zmiana w zakresie POZ, sieć szpitali, koordynacja świadczeń – to tylko niektóre z założeń reformy. Wygląda na to, że rząd chce zrationalizować wydatki na zdrowie poprzez skumulowanie pieniędzy w ograniczonej liczbie świadczeniodawców. Można sobie wyobrazić, że dotychczas wydawane pieniądze na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną przekaże się zespołom lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy będą

racjonalniej angażować specjalistów. Można sobie również wyobrazić, że część szpitali straci kontrakty lub będzie mieć mniejsze, a zaoszczędzone pieniądze przekaże się placówkom włączonym do sieci szpitali, które dzięki temu będą mogły zrealizować więcej świadczeń.

## Przejście przez ogień piekielny

Kluczową kwestią jest jednak okres przejściowy – rok 2017. Tak szeroka zmiana organizacyjna wymaga swojej inwestycji w zapewnienie dostępu do nowo zdefiniowanych zasobów, by zaczęły pracować, a tym samym wypracowywać spodziewane oszczędności. Przebudowa rynku świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie dokona się z dnia na dzień. Sytuacja, w jakiej znajduje się obecnie płatnik (Narodowy Fundusz Zdrowia), nie stanowi dobrego startu dla reformy, która ma się odbyć bez zwiększenia nakładów. Już dzisiaj NFZ ma problemy z realizacją zadań, jakie nakłada nań minister zdrowia, a potencjalne kwoty zobowiązań wynikających z nadwykonań i refundacji leków są trudne do oszacowania. Co prawda, płatnik odkłada niektóre zobowiązania na później, ale to „później” będzie już w 2017 r.



Przykładem mogą być ostatnie postępowania o zawarciu umów w zakresie programów lekowych, w przypadku których NFZ podpisał kontrakty na symboliczne kwoty tylko po to, aby umożliwić świadczeniodawcom leczenie pacjentów. Z założenia umowa zawarta np. na leczenie chłoniaków o wartości 8 zł jest skazana na tzw. nadwykonania i wiadomo, że to zobowiązanie płatnik będzie musiał pokryć. Niestety, NFZ jest zmuszony do takiego działania, bowiem zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej może zawierać umowy tylko do wartości posiadanego budżetu. Natomiast złożenie wniosku o pożyczkę w wysokości 2 mld zł jest już desperacką próbą zachowania ciągłości finansowania. Jednak może taki kredyt ma sens? Jeśli przeznaczeniem tych pieniędzy ma być inwestycja w okres przejściowy związany z wdrożeniem reformy, to taka pożyczka może się zwrócić nie tylko w postaci oszczędności w systemie, ale przede wszystkim w postaci poprawy zdrowotności obywateli. W jaką przyszłość mają być zainwestowane 2 mld zł oraz koszt reorganizacji lecznic? A może koszt, który mamy ponieść, wcale nie dotyczy inwestycji, lecz jest ceną, jaką musimy zapłacić za przeszłość – lata wydawania na opiekę zdrowotną więcej, niż mamy, nieefektywnie i nieracjonalnie? Czy inwestujemy w coś, co będzie lepsze?

## **Zamiana siekierki na... właśnie – na co?**

Najpierw chwila zastanowienia nad podstawowymi pojęciami wiążącymi się z obecną zmianą w systemie. Jak można wyczytać w Słowniku języka polskiego, reforma to „*zmiana lub szereg zmian w jakiejś dziedzinie życia, w strukturze organizacji lub sposobie funkcjonowania jakiegoś systemu, mające na celu ulepszenie istniejącego stanu rzeczy*”. Natomiast M. Winter definiuje opiekę zdrowotną jako „*ogół działań zmierzających do zachowania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia w przypadku urazu, ciąży, porodu i pogoju oraz zapobieganie chorobom*”.

Do tego można jeszcze dodać kilka haseł: „*pieniądze powinny iść za pacjentem*”, „*pacjent jest najważniejszy*”, „*poprawa dostępności*” i „*kompleksowość opieki*”. Ale chyba tyle wystarczy, aby zastanowić się nad potencjalnymi skutkami obecnej reformy. U jej podstaw znalazła się nowelizowana wcześniej ustawa o działalności leczniczej, którą nie bez powodu nazwano ustawą dekomercjalizacyjną. Powrót do pełnej odpowiedzialności państwa za opiekę medyczną, łącznie z bezpośrednim nadzorem nad podmiotami leczniczymi, wielu obywatelom wydał się uzasadniony. Wzbudził nadzieję na zwiększenie dostępności świadczeń oraz na równość traktowania pacjentów w lecznicach. Optymalizację wydatkowania środków oraz zapewnienie właściwego poziomu opieki miało zapewnić nowe rozporządzenie w sprawie warunków zawierania umów.

Choć pojawiło się sporo głosów, że niektóre podmioty dotychczas realizujące jakiś zakres leczenia obecnie nie będą mogły spełnić oczekiwań resortu, ogólny odbiór regulacji był pozytywny. Wszak jeśli mają być wydawane nasze pieniądze, to niech zostaną jasno określone zasady, na jakich będziemy leczeni.

## **Uprzywilejowani**

Na kolejnym etapie zmian przedstawiono koncepcję sieci szpitali, gdzie zamiast określenia poziomów zabezpieczenia medycznego opracowano regulację eliminującą z rynku sporą część świadczeniodawców, a wielu uniemożliwiającą dalsze leczenie w niektórych zakresach. Sieć szpitali nie jest bowiem koncepcją mówiącą o tym, że każdy szpital jest w sieci, tylko sposób i wielkość jego finansowania będzie uzależniona od zasobów. Jest algorytmem wskazującym, która placówka będzie miała gwarancję finansowania, a która nie. Dopiero w drugiej kolejności określa, w jakim zakresie lecznica będzie mogła liczyć na finansowanie.

Może się zatem okazać, że pacjent, który od lat leczył się w położonym w jego okolicy szpitalu powiatowym, np. na oddziale neurologii, po wejściu w życie nowych zasad będzie musiał szukać sobie innego świadczeniodawcy. Już obawiają się chorzy, którzy zapisali się na listę oczekujących – chociażby na endoprotezę – w swoim szpitalu powiatowym. Wszak jeśli ten nie otrzyma zapewnienia finansowania, to zakończy działalność w tym zakresie. Zgodnie z obowiązującym przepisem lecznica wyda stosowne zaświadczenie o pozycji na liście oczekujących, a pacjent uda się do wybranej placówki, aby umieściła go w kolejce, zachowując tę samą pozycję. To jednak wydłuży czas oczekiwania osób dotychczas zapisanych, nie mówiąc już o tym, że przecież kolejki z czegoś wynikają i te szpitale, które otrzymają finansowanie, mogą nie mieć fizycznej możliwości udzielenia tak dużej liczby świadczeń w optymalnym dla pacjentów terminie. Taka to może być „poprawa dostępności”.

## **Na własną rękę**

Oczywiście, jeśli pacjent będzie wystarczająco zaamożny, zdecyduje się zapłacić za zabieg z własnej kieszeni u świadczeniodawcy, który stracił finansowanie i od tej pory będzie leczył odpłatnie. Ten zaś, który nie ma pieniędzy, będzie czekał w kolejce, aż jego stan zdrowia pogorszy się na tyle, że zostanie przyjęty jako „nagły” w stanie zagrożenia zdrowotnego. Będzie zatem żył. Jednak czy to będzie „poprawa zdrowotności”, jeśli przy okazji koncentrowania środków publicznych w wybranych ośrodkach zwiększy się czas oczekiwania na świadczenie?

Jakby tego było mało, pojawiają się koncepcje zmian w sposobie finansowania określonych technologii medycznych. Skoro już przywołałem przykład endoprotezoplastyki, to może warto zwrócić uwagę na pomysły

dotyczące regulacji refundacji wszczepów. Obecnie są one finansowane w ramach zryczałtowanych grup kosztowych, podzielonych i wycenionych w zależności od rodzaju i w powiązaniu ze skomplikowaniem zabiegu. Pojawiające się propozycje wprowadzenia limitów kosztowych na poszczególne rodzaje endoprotez będą prowadzić do konieczności dopłacania przez pacjentów do technologii niemieszczących się w koszcie przewidzianym przez płatnika. To podzieli pacjentów na zamożniejszych i biedniejszych, a w konsekwencji w przypadku tego rodzaju technologii – na otrzymujących lepsze leczenie i gorsze leczenie. Trzeba sobie jasno powiedzieć, że postęp technologii zmierza do uzyskania możliwie najlepszego dopasowania, najlepszej trwałości i minimalizacji powikłań. Różnych rodzajów endoprotez nie można porównać z różnymi rodzajami pieluchomajtek, w przypadku których producenci prześcigają się w wymyślaniu ergonomicznego kształtu czy jakości przylepca. O ile może być zrozumiałe określenie limitu dla takich produktów, jak te stosowane w unieruchomieniu kończyny (i tu zgadzam się, że „na Fundusz” może być zwykły gips, a za dopłatą można będzie otrzymać specjalny materiał z lekkiego tworzywa), o tyle w przypadku wszczepów powinniśmy umożliwić terapeutom swobodny wybór rodzaju wyrobu, bowiem powinien się on kierować „dobrem pacjenta”. Wszak to terapeuta odpowiada za właściwą diagnozę i leczenie. Jeśli zatem uzna, że dla chorego najlepszą opcją będzie endoproteza, do której będzie musiał dopłacić, to często da takie zalecenie pacjentowi.

### Koszt terapii

Rozumiem też ministra, który poszukuje optymalnego kosztu uzyskania optymalnego efektu terapeutycznego. Jednak resort ma w rękach szereg lepszych narzędzi niż tylko ustalanie limitu. Może przecież oceniać pojawiające się nowe technologie i określać ich cenę urzędową (tak jak w przypadku leków). Może również dokonywać swoistych „zakupów centralnych”, negocjując z dostawcami i producentami korzystniejsze warunki. Połączenie narzędzi oceny technologii z ich wyceną jest metodą przyjętą w wielu krajach, a w Polsce także w tym zakresie sporo już poczyniono.

### Ręce ministra

Upaństwowienie oznacza dla mnie to, że lecznice nie tylko stają się publiczne, ale też będą rękami ministra zdrowia, który – nadzorując i finansując świadczenia zdrowotne – nieustannie poszukuje optymalizacji kosztów przy jednoczesnej poprawie dostępności i jakości.

Widząc rosnące potrzeby oraz postęp nauki i techniki, zwiększa się wydatki tam, gdzie można uzyskać wyższą jakość za wyższą cenę. Odnoszę wrażenie, że w obecnej reformie nie o to chodzi. Zdając sobie sprawę z niedostatków finansowych oraz wiedząc, że nie można w sposób

bezpośredni wyciągnąć pieniędzy z kieszeni obywateli (choć nie wiem, czy odpowiedni pakiet świadczeń gwarantowanych nie przekonałby społeczeństwa do zwiększenia obciążenia składką), minister tworzy system socjalny. Publiczny, powszechny dostęp do podstawowych świadczeń, w którym liczba świadczeniodawców jest odgórnie regulowana i finansowana „budżetowo”. Co to znaczy budżetowo? Wydaje się, że chodzi o przydzielenie określonej kwoty pieniędzy na realizację zadania, jakim jest świadczenie usług. Budżet ten powinien zatem być określony na podstawie faktycznych kosztów finansowania lecznicy. Choć w tym względzie mamy wielką dziurę, bowiem (szczególnie w publicznych placówkach) nie ma jednolitego, szczegółowego rachunku kosztów.

### Rachunki

Gdyby cały projekt budżetowego finansowania poprzedzić regulacjami dotyczącymi rachunku kosztów, budżety można by opierać na faktycznych kosztach, które można monitorować i na które można wpływać. Można je obniżyć poprzez regulację kosztów składowych tego rachunku, np. ceny urzędowe leków czy regulowane wynagrodzenia, a nawet poprzez preferencyjne warunki dotyczące obciążeń podatkowych. Ustalanie wielkości budżetów lecznic na podstawie wykonania świadczeń z roku 2015 od początku skazane jest na niepowodzenie. Wiadomo, że pieniędzy będzie za mało, aby utrzymać liczbę i jakość świadczeń realizowanych dotychczas.

Rodzaj i jakość świadczeń wiąże się z pojęciem koszyka gwarantowanego, który obecnie jest wielkim workiem niedookreślonych procedur i postępowań, w przypadku jakichkolwiek wątpliwości wskazującym na konieczność udzielenia świadczenia. Kto zatem określi koszyk w systemie „niby-budżetowym”? Wiadomo – świadczeniodawca. To on, mając na względzie wielkość posiadanego budżetu oraz obowiązek zapewnienia optymalnego leczenia, będzie zmniejszał zakres czynności na tyle, aby być w stanie zmieścić się w budżecie. Wszak na koniec każdego roku musi przedstawić szczegółowe sprawozdanie finansowe, wskazując, czy i jaką uzyskał stratę netto. Będzie musiał zaraportować szereg ściśle określonych wskaźników dotyczących rentowności, obsługi płatności i zadłużenia. Nie uda się zatem, jak dotychczas, „rolowanie długu”, powstrzymywanie płatności czy brak obsługi tzw. starych długów, by wykazywać, że działalność bieżąca się bilansuje. Gdzieś przecież trzeba znaleźć środki na pokrycie 11 mld zł zobowiązań, jakie mają lecznice w Polsce. Może zatem dojść do sytuacji, w której lecznica nie zapewni pacjentowi najlepszej opcji terapeutycznej, a terapeuta wskaże ją pacjentowi, skazując go tym samym na usługi komercyjne.

### Pieniądze nie pójdą za pacjentem

Można się zastanowić nad szansą zwiększenia możliwości sfinansowania świadczeń w placówkach będą-

cych w sieci dzięki ogólnemu zmniejszeniu liczby finansowanych lecznic. Pacjent pójdzie więc za pieniędzmi, ale czy za nimi pójdzie też terapeuta? To kolejne pytanie, na które nie do końca odpowiadano... Stworzenie w systemie sytuacji, w której wątpliwe jest otrzymanie świadczenia, a tym bardziej świadczenia na możliwie najlepszym poziomie, umocni w społeczeństwie przekonanie, że trzeba je kupić prywatnie.

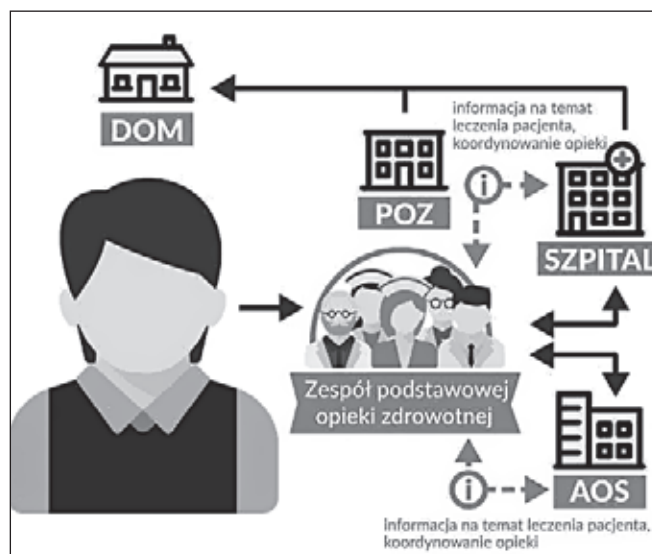
## Siła prywatnych

Warto zwrócić uwagę, że od czasu powstania kas chorych wydatki na prywatne usługi medyczne bardzo wzrastają. Największy wzrost obserwujemy w ostatnich latach. Jest to skutek przede wszystkim długich kolejek, choć również dostępności nowoczesnych technik diagnostyki i leczenia. Czy zatem projektowana reforma jest reformą w myśl przytoczonej wyżej definicji? Czy może jest dalszym zwiększaniem współudziału pacjentów w pokrywaniu kosztów leczenia, jednak z zapewnieniem większego bezpieczeństwa zdrowotnego

w podstawowym zakresie? Słowo „podstawowy” od razu budzi pytanie: gdzie jest granica pomiędzy podstawowym a specjalistycznym? Wnioskując po zamierzeniach dotyczących zmian w organizacji i finansowaniu POZ i AOS, granica ta się zaciera, a w zasadzie sprowadza się znów do zakresu podstawowego.

Zwiększenie kompetencji lekarza POZ i zrzucenie na niego odpowiedzialności za diagnostykę i wykorzystanie zasobów specjalistycznej opieki zdrowotnej jest tego przykładem. U podstaw systemu staje lekarz o interdyscyplinarnej wiedzy, który ukończył program specjalizujący w medycynie rodzinnej. Teoretycznie to on ma realizować zadanie w postaci konsultacji specjalistycznych. Tylko dla czego zmieniono definicję lekarza POZ, zgodnie z którą obecnie funkcję tę może pełnić lekarz, który nie ukończył tego kursu, a tylko go rozpoczął? Czy zrobiono to, aby zapewnić dostęp do lekarza większej liczbie pacjentów, którzy do tej pory korzystali z opieki lekarza specjalisty? To znów przejaw spłaszczenia systemu i sprowadzenia go do zakresu podstawowego, w którym lekarz POZ będzie ważył pomiędzy własną odpowiedzialnością zawodową a budżetem, jaki otrzyma na opiekę nad pacjentem. Jeśli zatem chory koniecznie będzie chciał kontynuować swoje leczenie u specjalisty, a lekarz POZ nie uzna tego za konieczne, to nic nie będzie stało na przeszkodzie, aby chory kupił sobie tę poradę prywatnie. Kupi ją u wielu lekarzy specjalistów, którzy po takiej zmianie zdecydują się na „kontynuowanie swojej ścieżki kariery poza strukturami narodowej służby zdrowia”. Warto przy tym (może trochę z humorem) przyjrzeć się obrazkowi pochodzącemu z materiałów informacyjnych ministra zdrowia, który przedstawia koncepcję organizacji zespołu lekarza POZ.

## Koordynacja opieki poprzez POZ



W pierwszej kolejności zwróćmy uwagę na postać pacjenta. Jak widać, „pacjent jest najważniejszy”, co wcale nie oznacza, że ma najwięcej do powiedzenia. Wszak nie ma ust. Całość regulacji wchodzi w życie częściami utkanymi w szereg przepisów pojawiających się co chwile i wielokrotnie zmienianych, więc pacjent ich już nie widzi – wszak nie ma oczu. Oczy ma za to zespół lekarza POZ. Proszę zwrócić uwagę na strzałki wskazujące, jaki zakres świadczeń jest dostępny dla pacjenta. W zasadzie może się on kontaktować tylko z lekarzem POZ, za pośrednictwem którego może uzyskać konsultację lekarza specjalisty. Wizyta w AOS nie może jednak skutkować skierowaniem do szpitala, bowiem to kompetencja lekarza POZ.

## Wszystkim mało, ale równo

Jeśli zatem, nauczeni odpowiedzialności za własne zdrowie, polscy pacjenci (z całą pewnością ich liczba wzrasta) będą chcieli korzystać z finansowania opieki zdrowotnej z pieniędzy publicznych, będą musieli to robić na zasadach określonych przez system. Zasadach opartych na równej dostępności – zorganizowanej, ale ograniczonej. Powszechność systemu albo więcej kosztuje, albo ogranicza koszyk świadczeń. Z całą pewnością daje tyle, aby przeżyć, jednak aby dostać więcej, trzeba mieć pieniądze. Publiczny płatnik ich nie ma, więc mniej jasno, ale bardziej uczciwie mówi, co oferuje, nieśmiało przebąkując o limitach i zbliżającej się konieczności dopłat do tego, co lepsze, nowocześniejsze, szybsze i bardziej przystępne. Ciekawe tylko, czy Ministerstwo Zdrowia nie przeoczyło faktu, że jednak pacjent ma oczy i usta, których może w pewnym momencie użyć.

Rafał Piotr JANISZEWSKI

**Autor** jest właścicielem Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski.

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 2/17)



# JAK DOBRZE LECZYĆ I NIE ZWARIOWAĆ?

„Panaceum” rozmawia z Piotrem GAŁECKIM, konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii, kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**„Panaceum”:** *Za kilka dni zasiądziemy do wigilijnego stołu. Święta, zwłaszcza takie jak Boże Narodzenie, znajdują się na liście najbardziej stresujących wydarzeń w życiu. Są źródłem napięcia, bo wymagają sporo czasu na przygotowania i spędzamy je często w większym gronie. Jak lekarze, którzy są jedną z najbardziej zapracowanych grup zawodowych, sprawdzają się w takich sytuacjach?*

Prof. Piotr Gałęcki: Myślę, że napięcie związane z przygotowaniami do świąt przy stresie, który towarzyszy lekarzom w pracy na co dzień, będzie raczej mniej odczuwalne. Są pierwsze wyniki badania stresu lekarzy prowadzone przez dr n. med. Bohdana Woronowicza, pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów w OIL w Warszawie. Wśród stu najbardziej stresogennych zawodów w Polsce, lekarze znajdują się na miejscu dziewiątym. To bardzo wysoko.

**Lekarz to taki zawód, który w swojej specyfice pracy ma zawarte narażenie na wypalenie zawodowe. Podobnie jak adwokaci, czy sędziowie.**

Temu narażeniu podlegają bowiem wszystkie zawody, w których pracownicy mają stały kontakt z ludźmi i którzy im służą. Do wypalenia zawodowego prowadzą nas również cechy, które pozwalają osiągnąć nam sukces zawodowy i dzięki którym stajemy się lekarzami.

**Jakie to cechy?**

Wyobraźmy sobie najmłodszego profesora medycyny w Polsce. W szkole podstawowej był już najlepszy. Zawsze był ambitny, dlatego pracował więcej niż inni. Nie tylko rodzice, ale również on sam miał wobec siebie duże oczekiwania. Liceum skończył z czerwonym paskiem, po czym dostał się na najlepsze studia. Już wtedy kole-dzy postrzegali go jako nieomylnego, chętnie przychodzili do niego z prośbą. Na studiach nie tylko się uczył i bawił, ale też udzielał się w kołach naukowych i pisał prace. Jak skończył studia, znalazł się w gronie dziesięciu procent najlepszych studentów i wybrał najbardziej prestiżową specjalizację. Nie taką, której nikt nie chce, tylko taką, na którą najtrudniej się dostać. Ten najmłodszy profesor zawsze był perfekcyjny, żeby osiągnąć sukces. Nie było rzeczy, której nie mógłby zrobić, dlatego będąc na studiach „pojechał na dwa Erasmusy”, a w wakacje wyjeżdżał na zagraniczne staże, rezygnując z wypoczynku. Teraz, jeśli ma dużo obowiązków i nie zdąży wszystkiego zrobić w szpitalu czy przychodni, zabiera do domu papiery do uzupełnienia. To bardzo charakterystyczne nie tylko dla lekarzy, ale także prawników. I okazuje się, że właśnie ambitne plany zawodowe, wysokie oczekiwania, skłonność do perfekcjonizmu, trudność ze

stawianiem granic, do tego utożsamianie się z zadaniem i miejscem pracy to najważniejsze czynniki ryzyka wypalenia zawodowego. To, co daje sukces, może stać się jednocześnie czymś, co nas wypala.

**Kiedy na początku wymieniał Pan te cechy, pomyślałam: świetny lekarz.**

Tak, dlatego na początku wypalają się ci, którzy mają jak najwyższe oczekiwania, szczególnie wobec siebie. Oni nie potrafią powiedzieć sobie: „skończyłem pracę”. Nawet gdy operowali od rana do wieczora, żeby zdobyć doświadczenie, wieczorem - zamiast odpocząć - siadają do pisania pracy naukowej.

**Robią do dla siebie?**

Nie tylko. W wypaleniu zawodowym charakterystyczne jest również to, że mamy nadmierne oczekiwania wobec pracy. Chcemy zbawić świat i wszystkich wyleczyć, a tak się nie da. Proszę zauważyć, z czego dziś rozliczany jest lekarz. Nie z dziewięćdziesięciu dziewięciu wyleczonych na stu przyjętych w tygodniu pacjentów. Lekarz jest rozliczany z jednego błędu, który popełnił. Ten błąd będzie się za nim ciągnął do samego końca pracy zawodowej.

**A satysfakcja finansowa? Czy jej brak też ma wpływ na wypalenie zawodowe?**

Praca lekarza jest wyczerpująca, a wynagrodzenie w zawodach opłacanych ze środków publicznych jest najczęściej niższe niż średnia płaca w przedsiębiorstwach. To nie daje satysfakcji lekarzom. Dlatego osoby pracujące w wolnych zawodach, w których występuje ryzyko wypalenia zawodowego, dają z siebie więcej. Oni muszą też włożyć większy wysiłek emocjonalny w pracę, niż osoba zatrudniona fizycznie od ósmej do szesnastej, która kończąc pracę najczęściej w ogóle już o niej nie myśli. Lekarz zazwyczaj po pracy przyjmuje pacjentów prywatnie, czasem pracuje w innej poradni, a od czasu do czasu dyżuruje. Lekarze pracują więcej, żeby osiągnąć satysfakcję finansową, ale nie zawsze widzą wymierne efekty tej pracy. To, co wpływa także na satysfakcję z pracy, to fakt, iż istnieje wiele chorób, m. in. otępiennych czy onkologicznych, z którymi medycyna nadal nie potrafi sobie poradzić.

Według amerykańskiej badaczki Carol Peckham, która badała poziom stresu wśród lekarzy zza oceanu, wynika, że wypalenie zawodowe najczęściej dotyczy lekarzy na oddziałach intensywnej opieki i ratunkowych, chirurgów, lekarzy chorób wewnętrznych oraz lekarzy rodzinnych. Podobne wnioski płyną z badań przeprowadzonych przez doktora Woronowicza, któremu najwięcej doświadczeń stresujących zgłaszali specjaliści ane-

steziejologii i intensywnej terapii oraz chirurdzy, a także internści, położnicy i lekarze rodzinni.

### ***Z czego to wynika?***

Największy stres towarzyszy specjalistom, którzy najczęściej spotykają przypadki trudne do leczenia i którzy na co dzień ratują życie. Tam są też częste zgony. Nawet najlepszy lekarz, pracujący na OIOM-ie, nie jest w stanie wszystkich uratować. Każdego dnia spotyka się ze śmiercią, a na dodatek rozliczany jest z błędów. Na OIOM-ie czy oddziale medycyny ratunkowej perspektywa sukcesu jest dużo mniejsza niż w ambulatorium. Takiej specyfice pracy towarzyszy też adrenalina, która jako przedłużający się stan ma wpływ na zmęczenie oraz wcześniej następujące poczucie wypalenia. Na drugim biegunie mamy dermatologów, psychiatrów, patologów i okulistów, którzy są najmniej narażeni na wypalenie zawodowe.

### ***Dlaczego?***

Odpowiedź jest prosta. Nikt nie umiera raczej z powodów dermatologicznych, dlatego ryzyko śmierci u tych pacjentów jest znacznie niższe. W lepszej sytuacji niż zabiegowcy są też psychiatrzy, u których zgonów jest znacznie mniej. W psychiatrii mamy do czynienia z atakami agresji czy próbami samobójczymi pacjentów, ale w porównaniu z medycyną ratunkową czy OIOM-em jest to dużo mniejsza skala.

### ***A lekarze rodzinni?***

U nich zamiast klasycznego wyczerpania i lęku, pojawia się cynizm, który również jest przejawem wypalenia.

### ***Jak się objawia?***

Nie patrzymy pacjentowi w oczy, staramy się skrócić czas wizyty do wypisania recepty, kiedy ktoś wchodzi i się pyta, jak coś zrobić, odpowiadamy, żeby sobie przeczytał w ulotce. Paradoksalnie cynizm to próba obrony przed tym, żeby nie dać z siebie już nic więcej, bo czujemy, że już więcej możemy nie dać rady, mamy za mało własnych zasobów. Cynizm tłumaczy zatem najczęstszą przyczynę skarg pacjentów na lekarzy. W skargach do Izby Lekarskiej czy NFZ częściej, niż na złą diagnozę czy brak działania, pacjenci narzekają, że lekarz był niemiły. Dziś od lekarza oczekuje się nie tylko dobrej diagnozy i leczenia, ale także tego, by lekarz był empatyczny, rozumiejący i wspierający. Trzeba zdać sobie jednak sprawę, że lekarz w pracy doświadcza różnych sytuacji. Proszę wyobrazić sobie chirurga, wychodzącego z bloku operacyjnego, któremu zmarł pacjent. Chirurg za chwilę będzie musiał porozmawiać z rodziną zmarłego, a w międzyczasie przychodzi do niego rodzina innego chorego, żeby porozmawiać o planowanej operacji i oczekuje, żeby lekarz był miły. Trudno jest udawać w takiej sytuacji. Lekarz ucieka wtedy do swojego gabinetu. To mechanizm obronny.

### ***Czy z cynizmem można walczyć?***

Cynizm na początku jest dla lekarza niezauważalny. Racjonalizujemy to natłokiem pracy, zmęczeniem, nie-

uprzejmością pacjenta. Znajdujemy setki argumentów po to, by jak najkrócej z pacjentem przebywać. Oczywiście, można z tym walczyć. Należy zacząć od tego, żeby mieć realne oczekiwania wobec tego, co robimy. Mimo, że praca od rana do wieczora przez cały tydzień, zgodna z oczekiwaniem środowiska i pacjentów, jest niemożliwa. To jest samonapędzająca się spirala wyczerpania zawodowego, którą przerwać możemy tylko my sami. Jeśli nie zadbamy o higienę zawodu, prędzej czy później się wypalimy.

### ***Czy indywidualne cechy charakteru mają tu znaczenie? Czy dermatolog pesymista może się szybciej wypalić niż anestezjolog optymistą?***

Na pewno takie cechy jak perfekcjonizm, stałe uczucie niepokoju, wysokie oczekiwania wobec pracy i siebie, a także poczucie, że faktycznie jesteśmy najlepsi i jesteśmy w stanie wszystko zrobić - to pułapka. Od lekarzy oczekuje się perfekcjonizmu, ale w rozumieniu profesjonalizmu. Jeśli mamy zaplanowane dziesięć zabiegów w tygodniu, a wymaga się od nas piętnastu i myślimy, że „damy radę”, to przez pewien czas jesteśmy to w stanie zrobić perfekcyjnie, ale w końcu pojawi się błąd. Ten niezamierzony, wynikający ze zmęczenia błąd może nas sporo kosztować. Stawianie sobie granic chroni nas przed wypaleniem zawodowym.

### ***Lekarze walczą z chorobami u pacjentów, są jednak schorzenia, na które sami zapadają znacznie częściej. Należy do nich depresja, uzależnienia i stany lękowe. Dlaczego?***

Niestety wielu lekarzy jako lek na stresor w pracy traktuje alkohol. Wiele uzależniających się od alkoholu lekarzy to wysoko funkcjonujący alkoholicy. To specyficzny rodzaj uzależnienia, w którym otoczenie lub środowisko nie zauważa postępującej choroby, bo często łatwiej jest nie widzieć tego problemu. Nadużywanie alkoholu bywa wówczas formą samoleczenia: działa natychmiast i ma przewidywalny okres, w którym zostanie zmetabolizowany w organizmie. Picie alkoholu nie ma też stosunkowo tak silnie negatywnych konotacji w środowisku. Może pojawić się sytuacja, że problem pozostanie niezauważony, szczególnie, że praca dla takiej osoby jest wartością nadrzędną, często ją traci jako ostatnią. Żona czy partnerka tłumaczy weekendowe upijanie się dużym stresem w pracy i koniecznością odreagowania. Koledzy z pracy też nic nie powiedzą, bo możliwe, że robią to samo. Wysokofunkcjonujący alkoholicy to często też bardzo towarzyscy i lubiani ludzie. To grupa, w której uzależnienie rozpoznaje się średnio po dziesięciu latach trwania.

### ***Dlaczego tak późno?***

Bo świetnie radzą sobie w pracy i osiągają sukcesy zawodowe. Najwięcej wysokofunkcjonujących alkoholiczków można spotkać wśród lekarzy, adwokatów, sędziów, strażaków, służb mundurowych i osób pracujących w innych branżach na kierowniczych stanowiskach.

### ***A skąd się biorą stany lękowe wśród lekarzy?***

Pracujemy w zawodzie, który wiąże się z dużym ryzykiem zawodowym w każdym aspekcie. Zdajemy sobie sprawę, jak niezwykle ważną rolę pełnimy zarówno w praktyce, jak i formalnie w związku z prowadzeniem dokumentacji medycznej. Przychodzimy do pracy z uczuciem niepewności, związanym z nieprzewidywalnym ryzykiem, które pojawia się każdego dnia. To nie pozostaje obojętne dla organizmu. Pracujemy w ciągłym poczuciu zagrożenia, przez co następuje mobilizacja układu вегетatywnego, zwłaszcza w części współczulnej. Po kilku latach takiej pracy, tuż po przekroczeniu progu szpitala czy przychodni, mamy zwiększone tętno i zawężoną koncentrację. Oczekujemy sytuacji zagrożenia, a nasz organizm jest gotowy do odparcia ataku. Biologia jest uniwersalna.

### ***Lekarz czuje się jak żołnierz na wojnie?***

Można przyrównać tę sytuację do stanu osoby chorującej na klaustrofobię, u której po wejściu do windy mocniej bije serce. Mimo że on wie, iż nic mu się nie stanie, serce i tak wali. Tak samo jest z lekarzem. Wchodząc do pracy już wie, że musi być gotowy na to, co może się wydarzyć. Organizm się przygotowuje: wzrasta ciśnienie, tętno, napięcie mięśni poprzecznie prążkowanych, występują bóle karku i ramion, zmniejsza się ukrwienie układu pokarmowego - stąd liczne problemy gastryczne: wzdęcia, biegunki, zaparcia, a także obniżone libido, zawężona koncentracja. Nie jesteśmy w stanie spostrzegać siedmiu-dziewięciu rzeczy jednocześnie, tylko dwie-trzy. Dlatego wszystkie choroby psychosomatyczne u lekarzy występują częściej. W pracy nie tylko następuje mobilizacja układu вегетatywnego, ale także wzrost czynników prozapalnych na obwodzie. Te czynniki powodują choroby cywilizacyjne, np. cukrzycę typu II, chorobę wieńcową, choroby udarowe i autoimmunologiczne. Prócz tego, na obwodzie, w sytuacji zagrożenia, wzrasta aktywność osi HPA: podwzgórze-przysadka-nadnercza, na końcu której jest kortyzol. Hormon ten powoduje szybką mobilizację na krótko, jeśli jednak pracujemy tak intensywnie przez kilka lat, np. na SOR, to odczuwamy w końcu wyczerpanie. Kortyzol zmusza każdą komórkę naszego ciała do tego, żeby produkowała więcej energii. Praca lekarza nie jest zatem obojętna dla naszego organizmu. Nie powinniśmy pojmować lęku, który pojawia się przed pracą, wyłącznie w aspekcie psychologicznym, ale musimy go postrzegać przede wszystkim w wymiarze fizycznym.

### ***Co lekarze powinni zrobić w takiej sytuacji?***

Nieleczony zespół lękowy, który trwa wiele lat, najprawdopodobniej skończy się depresją. Wszystko przez wieloletnią stymulację kortyzolem. Jako lekarze wiemy, że u pacjentów, którym podajemy sterydy, po wielu latach może wystąpić epizod depresyjny. U lekarzy, którzy nie przyjmują żadnych leków, ale przez wiele lat,

w wyniku przewlekłego stresu i napięcia, wydzielany jest u nich w nadmiarze kortyzol, bezwzględnie zwiększa się ryzyko depresji.

### ***Czy lekarze szukają pomocy? Potrafią jej szukać, czy czują się „bogami”, którzy z wszystkim poradzą sobie sami?***

Lekarze niestety rzadziej szukają pomocy. Wystarczy sprawdzić, jak często lekarze robią sobie badania profilaktyczne. To pułapka, w którą wpadają przedstawiciele zawodów związanych ze ścisłą specjalizacją w danej dziedzinie. Kierowca zawodowy wie, że może jechać szybciej, bo umie. Lekarz myśli, że jak potrafi zrobić sobie test depresji Becka lub Hamiltona, to wie, o co chodzi i poradzi sobie sam.

### ***Czy lekarze boją się stygmatyzacji? Czy myślą, że jeżeli mają stany lękowe i chodzą do psychiatry, to są gorszymi medykami, więc unikają tematu?***

Nikt nie chce się szczególnie chwalić, że chodzi do psychiatry. A w przypadku lekarzy mówimy o grupie ludzi, którzy chcą być perfekcyjni we wszystkim, co robią. Trudniej w takim środowisku przyznać się, że ma się problem.

### ***Jak znaleźć ujście dla stresu, który towarzyszy lekarzom w pracy?***

Przed wszystkim trzeba mieć racjonalne oczekiwania wobec pracy. Służymy nie tylko po to, żeby zbawić świat, ale jak najlepiej wykonywać swój zawód. Profesjonalne wykonywanie zawodu to dbanie też o siebie, o swoją kondycję fizyczną i psychiczną. Trzeba znaleźć czas na urlop i wypoczynek.

### ***A jak lekarze powinni spędzać czas wolny? Zaplanować go co do godziny: basen, spacer i kolacja na mieście, czy pozwolić sobie na labę i nudę na kanapie przed telewizorem?***

Każdy powinien dopasować rodzaje aktywności do siebie. Nie można biegać, tylko dlatego, że biegają koledzy z pracy. Warto mieć hobby i znaleźć taki rodzaj odpoczynku, który pozwoli nam choć przez chwilę nie myśleć o pracy. Wbrew pozorom właśnie sport i podróże z rodziną nam to najlepiej umożliwiają.

### ***Jak poświęcić się hobby i znaleźć czas wolny, kiedy dostaje się wciąż nowe oferty pracy, dyżurów, konsultacji?***

Lekarzy jest w Polsce za mało, przez co oczekiwania zarówno środowiska, jak i pacjentów, są dość wysokie. Trudno odrzucać oferty pracy czy dyżurów, mając w pamięci kredyt do spłacenia. Każdy sam powinien znaleźć swój umiar. Cechy osobowościowe jednej osobie pozwolą pracować więcej, innej mniej. Jeden lekarz wypali się zawodowo po roku, a inny nigdy nie będzie się zmagał z syndromem wypalenia.

### ***A jak pan odpoczywa?***

Uwielbiam leniuchować, nie ma dla mnie nic przyjemniejszego jak wtulić się w osobę, którą kocham i zasnąć. Spędzanie czasu z dziećmi i droczenie się z nimi



z byle powodu działa podobnie. Fizycznie relaksuję się, gdy biegam.

Korzystając z możliwości, życzę Państwu z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia oraz Nowego Roku wiele spokoju, zrozumienia oraz ciepłych i radosnych chwil, które sprawiają, że nawet to, co trudne, wydaje się nam do pokonania.

*Dziękuję w imieniu naszych Czytelników za życzenia, a także interesującą rozmowę.*

*Rozmawiała*

*Joanna BARCZYKOWSKA-TCHORZEWSKA*

*(przedruk z „Panaceum” nr 12/16)*

## PRIORYTETY OCHRONY ZDROWIA

Z p.o. prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzejem JACYNĄ rozmawiają Marta KOBLAŃSKA i Bartłomiej LEŚNIEWSKI

*Podczas konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2017” podjął się pan zadania przekonania premiera Morawieckiego, że nakłady na ochronę zdrowia to inwestycja, a nie koszt. Jak ten dialog się układa?*

Rozmowy trwają. Sądzę, że odpowiedzią na to pytanie są programy opieki koordynowanej w kardiologii czy endoprotezoplastyce. Spodziewam się, że efekty tych programów przyniosą wymierne korzyści, które przekonają co do zasady, że warto w ochronę zdrowia inwestować. Przy stosunkowo niewielkich nakładach możemy w dłuższej perspektywie uzyskać spore korzyści, również finansowe.

*Pytamy, bo w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” był minister Wojciech Maksymowicz zdradził, że spotykał się z ówczesnym ministrem finansów regularnie w cztery osoby i wykładali sobie wzajemnie swoje racje.*

Na marginesie warto przypomnieć, że to premier Balcerowicz był tym, który dwukrotnie nie tylko nie podwyższył, ale po prostu obniżył nakłady na zdrowie, więc metoda spotkań bezpośrednich trochę zawiodła... My chcielibyśmy przekonać nieco inaczej, mianowicie faktami. Spójrzmy na kolejki do endoprotezoplastyki. Panuje przekonanie, że niedofinansowanie świadczeń sprzyja bieżącym oszczędnościom. Tymczasem płacimy - i to sporo - już za sam fakt, że kolejki istnieją. Tylko nikt nie bierze pod uwagę, że czekanie w kolejce przynosi budżetowi wymierne straty. Budżet musi pokryć koszty wizyt kontrolnych, częściowo zaopatrzenia w wyroby medyczne, zwolnień lekarskich, rent. To gigantyczne sumy. Zamierzamy wyłożyć konkretne środki na skrócenie kolejek. Płacić będziemy za kompleksową opiekę, w tym za przywrócenie pacjenta do zdrowia. I właśnie w ten sposób będziemy się starać przekonać do zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, które znacząco obniżają koszty budżetu państwa, np. w ZUS - dotacje budżetu.

*To kwestia „długiego marszu”. Tymczasem ochrona zdrowia potrzebuje pieniędzy już teraz, zaraz.*

To prawda. Tym bardziej, że największym wyzwaniem stojącym przed nami są zmiany demograficzne. Pacjentów będzie coraz więcej. Wyż powojenny już

zglasza większe zapotrzebowanie na świadczenia. Mimo znaczącego wzrostu liczby kupowanych świadczeń wciąż pojawiają się problemy z zaspokojeniem wszystkich potrzeb. Liczymy, że reforma systemu finansowania zapewni zwiększenie nakładów na służbę zdrowia. Już dziś podejmujemy pewne działania, które wzmacniają i poprawiają dostępność niektórych świadczeń.

*To potrwa. Tymczasem trzeba przeżyć rok 2017, NFZ myśli nawet o zaciągnięciu kredytu.*

Rzeczywiście, pojawił się gdzieś taki pomysł. Nie uzyskał jednak poparcia. Rozmawiamy ze szpitalami, słuchamy ich głosów. Nie chcemy, żeby szpitale się zadłużały. To jest ze szkodą dla pacjentów, przekłada się chociażby na dłuższe kolejki. To nie ma sensu, dlatego uważamy, że szpitale powinny otrzymać więcej pieniędzy, aby pokryły wzrost płacy minimalnej. Jednym z projektów jest plan podniesienia o 2 zł wyceny punktu od września tego roku. Obecnie wynosi ona w szpitalnictwie 52 zł. To oznacza, że kwota przekazywana na leczenie szpitalne wzrosłaby o około 4%. Skąd na to pieniądze? Jednym ze źródeł byłyby zwiększone dochody ze składki zdrowotnej. Przyglądamy się, jak będzie wyglądać spływ składki w kolejnych miesiącach tego roku. Innym źródłem mogłyby być środki niewykorzystane w roku ubiegłym, przy czym sytuacja będzie jasna dopiero po ostatecznym rozliczeniu umów za 2016 r.

*Jak dotychczas przepadł też inny pomysł z wyborów: budżetowy system finansowania służby zdrowia. Jednolitego podatku nie będzie, składka pozostanie, przynajmniej na razie. I bardzo prawdopodobne, że przed wyborami rząd nie zdobędzie się na tak fundamentalną reformę, a po wyborach - koncepcja ulegnie zmianie.*

Jestem zwolennikiem tego, by w Polsce obowiązywał system mieszany - budżetowo-ubezpieczeniowy. Pieniądze na zdrowie byłyby gwarantowane na obecnym poziomie - składką, co nie wykluczałoby dopłat z budżetu czy innych źródeł. Sądzę też, że za takim modelem powinien nadążać projekt likwidacji NFZ.

*Czy to jeszcze nie jest przesądzone? Wydawało się, że wszystko już jasne: centrala NFZ stanie się najwięk-*

szym departamentem Ministerstwa Zdrowia, oddziały wojewódzkie przejdą w gestię wojewodów, zmienia się sztyldy.

Nie znamy jeszcze szczegółów tych rozwiązań. Z uwagą przyglądamy się wszystkim pomysłom, które się pojawiają. Jest m.in. propozycja, by część obecnego NFZ połączyć z częścią ZUS. To ma sens, bo w jednym ręku znalazłyby się środki na leczenie i wypłatę zasiłków czy pokrywanie kosztów zwolnień lekarskich i kompleksową rehabilitację leczniczą, społeczną i zawodową. To sprzyjałoby podejmowaniu racjonalnych decyzji, takich, jakich trzeba w wypadku endoprotez, o czym mówiliśmy na początku rozmowy.

*Dowodem, że ZUS i NFZ powinny zostać połączone, mają być wyniki leczenia po wprowadzeniu opieki koordynowanej w kardiologii czy endoprotezoplastyce i w efekcie spadek wydatków na renty. Jednak nie ma ram prawnych dla wdrożenia KOZ. Jak NFZ zamierza sobie z tym poradzić?*

W opiece koordynowanej zamierzamy przesunąć środki z tych świadczeń, które są wystarczająco dostępne, do tych, których dostępność kuleje. Aby ten dostęp był w poradni kardiologicznej czy rehabilitacyjnej, NFZ musi finansować te usługi odrębnie. Czyli te dodatkowe świadczenia kupi szpital, który uzyska na to środki, aby uniknąć preferencji chorych w kolejkach do usług nierealizowanych w ramach opieki koordynowanej. Zamierzamy więc zwiększyć pulę pieniędzy na tych chorych, którzy potrzebują usług związanych z opieką po zawale mięśnia sercowego lub rehabilitacji po wszczępieniu endoprotezy.

Odnosnie do ram prawnych - zakup produktów zdrowotnych zostaje określony dość precyzyjnie. Natomiast oczywiście byłoby dobrze, gdyby ustawa o świadczeniach zdrowotnych zawierała konkretne rozstrzygnięcia. Aby rozwiązać wątpliwości natury prawnej, należałoby rozwiązania wpisać bezpośrednio do ustawy. Odnosnie do poprawy opieki nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego - propozycja została wpisana w koszyk świadczeń, więc rozwiązania stały się świadczeniem gwarantowanym, które powinno zostać sfinansowane. Ale wolałbym oczywiście, aby pojęcie opieki koordynowanej zostało wpisane w ustawę z przypisanymi kompetencjami, kto i co ma w tym zakresie robić. Do tego jednak długa droga, bo najpierw musi być rekomendacja AOTMiT, potem taryfa, minister zdrowia musi to wprowadzić do rozporządzenia koszykowego. Podobnie programy pilotażowe w POZ i psychiatrii czekają na rozwiązania ustawowe.

*Czy sieć szpitali zakładająca odrębne kontrakty poza podstawowym systemem zabezpieczenia szpitalnego nie przełoży się na realnie mniejsze środki dla szpitali wieloprofilowych?*

Sieć wejdzie w życie w sposób określony ustawą. Tu ewentualne zmiany w wysokości środków zależą od liczby świadczeń. Ryczałt na początku będzie ustalany co

kwartał, potem może co pół roku. Szpitalom opłaca się wykonać więcej świadczeń, bo wtedy mogą liczyć na większe środki. W przypadku niedowyoń spadek wysokości środków okaże się geometryczny. Ryczałt będzie się też zmieniał między 95% a 105% wartości, co będzie wynikało z elementów jakościowych, takich jak certyfikaty jakościowe. To nowy element kształtujący poziom ryczałtu.

Dużą wagę przywiązujemy do przyszłego kontraktowania, ponieważ będzie się opierać na narzędziu, jakim są mapy potrzeb zdrowotnych. W konkursach chcemy z nich skorzystać. Dlatego wynik konkursu na świadczenia poza siecią zostanie uzależniony od zawartości map. Dotychczas konkursy powieły jedynie umowy historyczne. Teraz to się zmieni. Możliwe więc, że w niektórych miejscach budżet przeznaczony na konkurs będzie inny, niż wynikałoby z wcześniejszych umów.

*Kiedy wzrosną wyceny chirurgii i chirurgii onkologicznej? Środowisko narzeka, że procedury są bardzo niedoszacowane.*

Dostrzegamy te problemy i już myślimy nad pewnymi rozwiązaniami. Warto przyjrzyć się wycenom w tym obszarze i promować techniki minimalnie inwazyjne. Na początek w urazach wielonarządowych, bo tu spodziewam się dużego efektu w postaci zmniejszenia liczby powikłań i rent. Nie można nie zauważać, że obecne ceny w chirurgii i ortopedii preferują pewne rozwiązania, które mogą być niekorzystne zarówno dla pacjenta, jak i dla systemu - chodzi o preferencje cenowe zabiegów generujących większą liczbę powikłań. Chcemy to zmienić. Na początek zmiana będzie dotyczyć ortopedii, planujemy również rozmowy z chirurgami naczyniowymi. Z kolei w chirurgii onkologicznej warto zastanowić się nad koncentracją zabiegów w ośrodkach do tego przygotowanych. Dziś zbyt dużo świadczeniodawców realizuje te usługi. Tu sieć stanowi pierwszy krok. Potem można przejść do organizacji świadczeń - przygotowania podstawy prawnej, jakie zabiegi można wykonać w danym ośrodku. Dziś wszyscy operują wszystko i to nie jest dobre. Do tego dochodzą kłopoty kadrowe. Liczba chirurgów zmniejszyła się o połowę, bo nowi lekarze nie chcą się szkolić w tym kierunku. Ale będziemy powoli poprawiać sytuację.

*Likwidacja NFZ rodzi kolejny problem: nadwykonania. Nie obawia się pan, że naraz zgłoszą się do sądów wszyscy, którzy mają tytuł do takich nadwykonan? Zrobić to przecież muszą, inaczej kogo będą wskazywać w pozwach?*

Zdajemy sobie z tego sprawę i już przygotowujemy się na taką ewentualność. Zobowiązania te może przejąć budżet państwa.

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 1/17)

# LEKARSKIE KAROSHI, CZYLI ŚMIERĆ W LEKARSKIM ŁÓŻKU

Do pewnego czasu wydaje nam się, że my, lekarze, z jakiegoś dziwnego powodu (jakbyśmy nie byli zwykłymi ludźmi!) jesteśmy „nieśmiertelni” i że możemy ze swoim ciałem i umysłem prowadzić nawet najbardziej karkołomne doświadczenia.

Wydaje nam się więc, że nasz organizm dźwignie bez szwanku 300, a nawet więcej godzin pracy miesięcznie, w tym 1/3 nocą. Po nocnej pracy dyżurowej kobiety lekarzki, niedospane i zmęczone, ambitnie i cierpliwie próbują wysłuchiwać zwierzeń i przeżyć swoich pociech, jakie były ich udziałem w przedszkolach i szkołach podczas nieobecności rodzicielki. Starcza im jeszcze resztek sił na pokryty zmęczeniem uśmiech do męża.

Po kilku, kilkunastu latach następuje nagle... BANG! Dotyczy to obu płci. Kobiety z byle powodu wybuchają niespodziewanym płaczem, odczuwają pogłębiające się zmęczenie. To właśnie one, biologicznie, z powodu przepracowanych nocą godzin, cierpią najbardziej i ponoszą największą cenę za pracę zmianową. Udowodniono naukowo, że nie ma żadnego sposobu na odespanie, odreagowanie, „zalepienie” jak plastrzem wyrwy po nieprzespanej nocy. Noc to noc i nic nie jest w stanie zastąpić jej błogosławnego wpływu regeneracyjnego na ludzki organizm. Panowie lekarze zaś coraz rzadziej uczestniczą w życiu rodzinnym, wyobcowują się, nikną gdzieś, hen, za woalką etykiety „pracy na rodzinę”, która staje się coraz dłuższa i coraz bardziej wyczerpująca. Z wiekiem, z każdym rokiem, regeneracja organizmu słabnie, sił ubywa, ujawniają się bezwzględnie poczynione przez lata deficyty urlopowe. Nie pomagają rozrywki, uprawiane sporty i doraźne leki. Bywa, że w celu „rozluźnienia” lekarze sięgają po używki. Niektórzy z nich, nie radząc sobie z permanentnym stresem i napięciem, niepostrzeżenie wpadają w szpony uzależnienia. „Nieszczęśliwi uzdrowiciele” – tak pisał o lekarzach Segal i miał tu niewątpliwie sporo racji. Tak bowiem w niektórych przypadkach zaczyna się i podąża stromo w dół krzywa życia owych „nieszczęśników”, która zawsze przecież przebiega tylko w jedną stronę. Takie są prawa bioenergetyki – nie regenerujesz energii – energii nie przybywa. Ciało wręcza nam w najmniej spodziewanym momencie czerwoną kartkę i krzyczy: „*Nie dam rady! Nie mogę! Zwolnij! Daj mi wolne!*”.

Kto zlekceważy pierwsze symptomy wypalenia zawodowego i nie wdroży programu naprawczego, wchodzi w drugą, beznadziejną fazę. Pogarsza się pamięć i koncentracja, a w takich warunkach znacznie łatwiej popełnić błąd lekarski. Zanika niegdyś nieokiełznana kreatywność. Ginie bezpowrotnie radość życia i satysfakcja z uprawianego zawodu. Pieniądze nie cieszą, bo nie ma

ich kiedy wydawać, a spirala pracołolizmu wygłusza naszą refleksję nad SENSEM takiego życia. Dobrze, jeśli ten krzyk naszego ciała usłyszymy „przyżyciowo”, zwerifikujemy swoją bytność na globie ziemskim, przewartoścujemy każdy dzień, każde nasze zadanie i każdy kierunek postępowania. Dobrze, jeśli przeżyjemy.

A jeśli NIE? Znane są nam wszystkim przypadki zmarłych Koleżanek i Kolegów Lekarzy, symbolicznie – w dyżurowych łóżkach. Te tragiczne zdarzenia wstrząsały nieraz całym naszym środowiskiem i są dramatycznym krzykiem rozpaczliwej populacji lekarskiej o zmiany w systemie naszej pracy. A ilu z nich zmarło przedwcześnie z powodu udarów, zawałów, nowotworów, będących w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym z potężnym nadwyrężeniem sił i obniżeniem bariery obronnej organizmu w ciągu kilku- czy kilkudziesięcioletniej pracy lekarskiej? Tego nie wiemy i nikt tego nie bada.

Zawód lekarza, narażony na permanentny stres emocjonalny, dźwiganie ciężarów opiekuńczych, roszczeń pacjentów oraz nadmiernej odpowiedzialności, należy do zawodów na szczycie piramidy szybkiego wypalenia zawodowego, zapadalności na schorzenia sercowo-naczyniowe i ryzyka przedwczesnej śmierci.

Najbardziej zagrożone stresem przewlekłym o najwyższym nasileniu są lekarze uprawiający specjalizacje zabiegowe. A kto nam zapłaci odszkodowanie za straty zdrowotne i emocjonalne? Znaczący instytut? Ja NIE!

W Japonii z pojęciem pracy kojarzy się aktualnie pojęcie *karōshi*, oznaczające śmierć z przepracowania. Najczęściej zapracowują się menedżerowie, a ich śmierć spowodowana jest wylewem krwi do mózgu albo zawałem serca. W Japonii dodatkowo zidentyfikowano samobójstwo z przepracowania, zwane *karojisatsu*.

Karōshi jako jednostka chorobowa została po raz pierwszy zdiagnozowana w Japonii w 1969 r. Określenie to weszło do powszechnego użycia w 1982 r., gdy trzech lekarzy opublikowało książkę pod takim właśnie tytułem. Pierwszy przypadek karōshi odnotowano w 1969 r., gdy niespodziewanie na zawał zmarł dwudziestodwuletni pracownik działu dystrybucji największej japońskiej gazety. Po pięcioletnich rozważaniach i debatach tamtejsze Ministerstwo Pracy przyznało rodzinie odszkodowanie, uznając za główną przyczynę zgonu przepracowanie, pracę w systemie zmianowym i nadmierne obciążenie obowiązkami. Od 1987 r. japońskie Ministerstwo Pracy publikuje statystyki dotyczące karōshi, z których wynika, że jej ofiary w ostatnim roku przed śmiercią pracowały średnio sześćdziesiąt godzin tygodniowo.



Obecnie w Japonii z powodu karōshi umiera około 10 tysięcy ludzi rocznie.

W tej niechlubnej kategorii Polska jawi się jako „druga Japonia”. Według psychologa biznesu Jacka Santorskiego główna grupa ryzyka to szybko dorabiający się 30- czy 40-latkowie, pracujący w prężnie rozwijających się firmach, często na szczeblu kierowniczym.

„*Nawet jeśli nie umarli za biurkiem, to można zakładać, że to właśnie praca spowodowała u nich nasilenie problemów ze zdrowiem*” – pisze o ofiarach wyścigu karier amerykański lekarz Michael McGannon, autor bestsellera *Fit for the Fast Truck*. Koncern Mazda zgodził się wypłacić ponad milion dolarów odszkodowania rodzinie pracownika, który obciążany obowiązkami ponad siły targnął się na własne życie.

Lekarskie karōshi dotyczy najczęściej 40, 50-latków, ale zdarzają się wśród nich również 30-latkowie. Pracują na „permanentnym dyżurze” – po kilka, kilkanaście dyżurów w miesiącu – czy to o statusie stacjonarnym, czy też czuwania pod telefonem. W obu przypadkach ciągle myślenie o pracy i podświadomy stres generują mechanizmy pracoholizmu i niemożność „przestawienia” w szybkim tempie centralnego układu nerwowego na tryb wypoczynku z trybu ciągłego czuwania. Znamy to z autopsji, kiedy w transie dyżurowym nie chce się już wychodzić ze szpitala albo znów chce się szybko do niego wrócić... Taki przymus emocjonalny. Bardzo niebezpieczne zjawisko.

W odróżnieniu od menedżerów koncernów czynnikiem ryzyka karōshi u lekarzy jest i biurko i dyżurowe

łóżko. A jeszcze na dodatek chlubna część braci lekarskiej zajmuje kierownicze stanowiska i dźwiga stres administrowania i zarządzania. Kiedy to piszę, skóra mi cierpnie na karku i sama się dziwię, że jeszcze wszyscy jakoś do tej pory żyjemy...

Bo przecież po dyżurze często biegniemy jeszcze do jakiejś innej pracy, gabinetów itd. Wszystko w atmosferze przytłaczającej odpowiedzialności zawodowej, wzrastających roszczeń pacjentów, współodczuwania ich cierpienia.

Kto to wszystko wytrzyma na dłuższą metę? Nikt. Dlaczego więc robi się takie rzeczy? Kto do tego zmusza? Dlaczego wykonuje się taki zamach na samych siebie, na swoje piękne i ciekawe życie, na relacje ze swoimi bliskimi? Przecież lekarze to nie jest grupa zaprzysięgłych samobójców!

Pozostawiam Was, sam na sam, ze wszystkimi tymi pytaniami... Może znacie na nie jakąś logiczną odpowiedź? Ja nie.

Beata JANUSZKO-GIERGIELEWICZ

**Dr n. med. Beata Januszko-Giergielewicz** – specjalista chorób wewnętrznych, nefrolog, transplantolog kliniczny. Zatrudniona w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie na Oddziale Transplantologii i Chirurgii Ogólnej na stanowisku zastępcy ordynatora ds. transplantologii. Adiunkt Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Pasją pozazawodową okazała się publicystyka medyczna, posiada też wciąż rosnący dorobek poetycki.

(przedruk z Biuletynu Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej nr 12/16)

## ZMIENIŁBYM KONCEPCJĘ SIECI

Z posłem (PiS), wiceprzewodniczącym Sejmowej Komisji Zdrowia Andrzejem SOŚNIERZEM, byłym prezesem NFZ, rozmawia Krystian LURKA

[...]

*O jakiej zmianie pan myśli?*

Proponuję zasadniczą przebudowę obecnego projektu i budowę sieci szpitali o randze wojewódzkiej i wysoko- oraz wąkospecjalistycznych. To byłoby na pewno mniej kontrowersyjne i niewątpliwie pożyteczne. Poza pieniędzmi za świadczenia medyczne, czyli z NFZ, mogłyby one, a nawet powinny, otrzymywać dodatkowe z budżetu państwa. Dla tych placówek zniosłbym wymóg startowania w konkursie. Te szpitale, biorąc pod uwagę ich znaczenie dla systemu opieki zdrowotnej, po prostu nie mogą zniknąć, bo nie ma ich kto zastąpić, więc ich startowanie w konkursie, który i tak muszą wygrać, jest bezsensowne. Natomiast pozostawiłbym coroczne negocjacje wielkości budżetu, ponieważ z jednej strony należy ocenić przynajmniej raz w roku, czy te szpitale spełniają swoją rolę systemową, z drugiej strony, placówki te

niewątpliwie powinny się rozwijać, unowocześniać, zmieniać swą strukturę, wprowadzać nowe technologie. Coroczne negocjacje to doskonała okazja wprowadzenia finansowania zmian.

W sieci szpitali wysokospecjalistycznych leczenia byli by pacjenci z rzadkimi i skomplikowanymi schorzeniami. Wykorzystując tę sieć, należałoby stworzyć ogólnopolski system dostępu do świadczeń wysokospecjalistycznych, rzadkich, dzięki czemu pacjenci trafialiby do ośrodków z kadrą doświadczoną w leczeniu tych rzadkich lub trudnych schorzeń. Leczenie wszystkiego wszędzie jest nie tylko drogie, ale i nieskuteczne. [...]

*Kto miałby te ośrodki wskazać?*

Towarzystwa naukowe, doraźnie powołane zespoły specjalistów, broń Boże nie administratorzy lub politycy. Środowiska medyczne najczęściej doskonale wiedzą, gdzie są najlepsi fachowcy. Wystarczy zapytać lekarza, gdzie sam chciałby się leczyć, gdyby zachorował.

*Minister Radziwiłł chce zapewnić szpitalom sieciowym budżetowanie. To dobra decyzja?*

Nie. Budżetowanie oznacza, że pieniądze „idą” przed pacjentem, który staje się dla szpitala kosztem. Oczywiście, takie działanie może niektórym szpitalom się podobać, ale to w sposób niewłaściwy odwraca optykę. Dzisiaj pacjent leczony i wyleczony, to przychód dla szpitala. Przyjmuje się chorego i za to przysługuje wynagrodzenie. Nierzadko przyjmuje się pacjentów nawet ponad uzgodnione z Narodowym Funduszem Zdrowia limity. Ale wolę sytuację, w której przyjmuje się nadmiarowo, od sytuacji kiedy kosztownego pacjenta odsyła się do innego szpitala lub do domu, co zdarzało się, gdy szpitale były budżetowane. Sieć szpitali w obecnym kształcie to system destrukcyjny, niekorzystny dla pacjentów. Powiem inaczej: szpital, jak każde przedsiębiorstwo, będzie się starał pacjenta-kosztu unikać. Powinno się utrzymać obecny model finansowania. Żeby dostać pieniądze, trzeba najpierw wykonać usługę i się z niej rozliczyć. [...]

*Co pana zdaniem stałoby się, gdyby sieć zaczęła obowiązywać w obecnym kształcie?*

Jeśli obecny projekt ustawy wszedłby w życie, szpitale, które do sieci nie trafią, zaczęłyby mieć narastające problemy finansowe, choć nie wynika to wprost z zapisów projektu ustawy. Ale jeśli w momencie wejścia w życie ustawy pieniądze NFZ zostaną podzielone między szpitale sieciowe i niesieciowe według aktualnych potrzeb, już w kolejnym roku budżetowym narastające potrzeby szpitali sieciowych, którym obiecuje się, że ich budżety będą zwiększane wraz z wykazanymi nadwykonaniami, spowodują, że nieuchronnie nastąpi przesunięcie budżetu w stronę szpitali sieciowych, a szpitalom niesieciowym pozostanie coraz mniejsza reszta. Co więcej, konsekwencją wprowadzenia sieci jest eliminacja z systemu placówek niepublicznych, gdyż głównie one znajdują się poza siecią. [...]

(przedruk fragmentów tekstu z „Menedżera Zdrowia” z nr 2/17 za „Pulsem” nr 2/17)

## ROZMAITOŚCI OSOBOWOŚCI, CZYLI KTO PRZYCHODZI DO LEKARZA

Pytanie wydaje się retoryczne, bo do lekarza przychodzą oczywiście pacjenci. Jacy? Różni. Większość lekarzy, tak jak większość ludzi, wie i rozumie, że różni się od siebie i że nie ma dwóch takich samych osób. A mimo to zdarza im się zachowywać stereotypowo i traktować wszystkich pacjentów podobnie.

Wielokrotnie widziałam lekarzy, którzy z wielkim zapałem, pełni dobrych intencji mówili o kolejnych krokach w terapii, zachwalali jej skuteczność i... zniechęcali się, kiedy pacjenci nie okazywali żadnego zainteresowania, uporczywie szukali dziury w całym lub zaczynali się irytować. Wśród moich znajomych lekarzy często ze śmiechem opowiada się historię pacjenta, który wściekły opuścił gabinet, niemal krzycząc do lekarza: *Nie będzie mi Pan mówił jak mam się leczyć!* Powodów takiej reakcji może być kilka, ale taka wypowiedź wskazuje, że główną przyczyną był brak dopasowania zachowania lekarza do typu temperamentu i osobowości pacjenta. Zrozumienie odmiennych sposobów postrzegania i interpretowania rzeczywistości może zabezpieczyć obie strony przed negatywnymi emocjami. A dopasowanie zachowania lekarza do stylu bycia preferowanego przez pacjenta znakomicie usprawnia komunikację i ułatwia wywieranie wpływu. W końcu najlepiej czujemy się i dogadujemy z osobami, które są do nas podobne.

### Typy osobowości

Istnieje wiele **typologii osobowości**, czyli klasyfikacji ludzkich charakterów w zależności od sposobu, w ja-

ki ich przedstawiciele porządkują informacje o świecie, jak wykorzystują je, podejmując decyzje, i jak postrzegają oraz **rozmaitości osobowości**, czyli kto przychodzi do lekarza organizują sobie otaczającą ich rzeczywistość. Podziały te zostały wymyślone nie tylko w celach naukowych, ale również po to, aby zwiększyć efektywność naszych działań względem osób należących do poszczególnych kategorii. Chcę przedstawić Państwu typologię, którą uważam za najszybciej użyteczną w gabinetach lekarskich, a zarazem łatwą do opanowania. Jest to typologia z obszaru psychologii podświadomości. Opiera się na „programach informacyjnych”, czyli sposobach postrzegania świata, które są zaprogramowane od dzieciństwa i stanowią podstawę podejmowania decyzji na poziomie nieświadomym.

Programy ustawione są parami, w opozycji do siebie. Ja – Inni, Cele – Problemy, Zgodny – Negujący, Systematyczny – Chaotyczny, Osobisty – Rzeczowy

Siła programów jest tak duża, że nawet najlepszy pomysł z „niewiadomych przyczyn” może przez nie stracić całą swoją atrakcyjność. To również programy informacyjne – te inne niż nasze – powodują, że odbieramy niektórych ludzi jako marudnych, uciążliwych, niepoważnych, egoistycznych itp.

► Żeby skutecznie wykorzystywać wiedzę na temat programów informacyjnych, warto zastanowić się, według których z nich sami działacie. Bez tego istnieje duże prawdopodobieństwo, że wszystkich będziecie traktować według jednego schematu, trafiającego tylko do jednej – podobnej do Was – grupy pacjentów. Kluczem do skutecznego posługiwania się wiedzą o temperamentach i typach osobowości jest ich rozpoznanie. A rozpoznać można bacznie obserwując i słuchając sygnałów wysyłanych przez pacjenta już od progu gabinetu.

### Typy „Ja” i „Inni”

Typ osobowości na „Ja” to jeden z najważniejszych typów w Polsce. Czemu? Ponieważ śmiało można założyć, że 70% z nas funkcjonuje właśnie w ten sposób. Najłatwiej opisać to na przykładzie prosto z życia. Jeden z naszych kolegów, trenerów umiejętności komunikacyjnych, wypoczywał na wakacjach w Grecji, w hotelu, gdzie przebywały dwie grupy urlopowiczów: Polacy i Niemcy. Któregoś razu, opalając się nad basenem przy hotelu, był świadkiem takiego zdarzenia. Przez megafon obsługa hotelu poprosiła w języku polskim, niemieckim i angielskim, żeby przestać się kąpać i wyjść z basenu, ponieważ nadciąga burza i kąpiel jest niebezpieczna. Połowa osób w basenie dopłynęła do drabinek i wyszła – to byli Niemcy. Druga połowa została i to byli Polacy, a jeden z rodaków, który do tej pory siedział na leżaku wskoczył do basenu, podpłynął do swoich kolegów i oznajmił: *Nie będzie mi Grek mówił, kiedy mam się kąpać!*

To jest właśnie najważniejsza cecha osobowości typu „Ja”. Silna potrzeba decydowania o sobie i o wszystkim. Ten typ często polemizuje, udowadnia swoje racje i walczy o to, żeby mieć ostatnie słowo. Reaguje widoczną niechęcią na próby narzucania mu czegokolwiek. Nie znosi oceny i pouczenia, samemu fundując je nagminnie innym. Takiemu pacjentowi przede wszystkim warto dać możliwość wyboru. Chcąc ich skłonić do jakiś działań, trzeba dać im poczucie, że mieli wpływ na ich ostateczny kształt. Typ osobowości „Inni” wydaje się być samą przyjemnością w relacji, choć wymaga dużo wsparcia w podejmowaniu decyzji. Poznać go łatwo po kierowanych do Was pytaniach: *Co by Pan zrobił na moim miejscu? Co by mi pan radził? A co robią inni?* Ci pacjenci również często w otwarty sposób proszą o pomoc w podjęciu decyzji. Nie warto pozostawiać ich bez niej. Dobrze jest dawać takiej osobie albo bardzo precyzyjne wytyczne albo możliwość częstego konsultowania się w różnych sprawach. Warto dyrektywnie polecać, powołując się na autorytet i doświadczenia swoje i innych. Pamiętacie państwo reklamę z Goździkową? To właśnie do tego typu osobowości była głównie kierowana. Reklamę dużo osób pamięta, ale wzrost sprzedaży leku był daleki od zakładanego. Czemu? Bo aż 70% widzów uznała, że... nie będzie mi nikt mówił!

### Typy „Na problemy” i „Na cele”

*...a co jeśli?* Ulotkę leku przeczyta 3 razy, zwracając szczególną uwagę na działania niepożądane, o które na pewno dopyta Was na następnej wizycie, o ile wcześniej sam nie odstawi leku. Bardziej niż sposób wykonania zabiegu, interesują go możliwe powikłania i to, co może się nie udać. Łatwo uznać, że taki pacjent Wam nie ufa czy podważa Wasze kompetencje. Prawda jest jednak taka, że w ten sposób osoba nastawiona na problemy usiłuje zabezpieczyć się przed ich wystąpieniem i zyskać poczucie bezpieczeństwa. Brak stabilizacji, czyli np. zmianę lekarza prowadzącego, przesunięcie terminów wizyt, jakiegokolwiek odejścia od ustalonego planu działania mogą sprawić, że pacjent nastawiony na problemy straci grunt pod nogami, a lekarz pacjenta. Chcąc zyskać w oczach pacjenta „Na problemy”, warto pokazać mu, że jego obawy traktujemy poważnie. Można to zrobić pytając go: czego się obawia, czego chciałby uniknąć, przed czym się zabezpieczyć i jakich potrzebuje gwarancji. Przekonać go można, mówiąc, jakich problemów uniknie dzięki proponowanym rozwiązaniom terapeutycznym. Na przykład: *Jeśli będzie pani codziennie stosować ten lek, ataki astmy będą pojawiać się rzadziej* albo: *Regularne przyjmowanie tych tabletek zmniejszy ryzyko ponownego zawału.*

Oprócz planu „A” warto mieć dla niego przygotowany plan „B”. Dla przykładu, pacjenta, u którego rozpoczynamy leczenie nadciśnienia, warto poinformować, że w przypadku niepowodzenia terapii jednym lekiem, mamy w zanadrzu jeszcze inne substancje, które mogą okazać się u niego skuteczne. W ten sposób możemy nawet zmniejszyć poziom jego lęku przed każdym domowym pomiarem ciśnienia (*A co, jeśli znowu będzie za wysokie?*), co oznacza bardziej wiarygodne pomiary.

*...chcę, potrzebuję, mogę.* Pacjent z tym programem pragnie szybko osiągnąć określone cele i najczęściej Was o tym poinformuje. Dla niego choroba to strata czasu. Chyba, że uzna ją za możliwość wykazania się znajomością najnowszych możliwości terapeutycznych skonsultowanych z doktorem Google. Nie lubi i nie ma potrzeby zastanawiać się nad zagrożeniami i ryzykiem związanym z chorobą bądź terapią. Warto pokazywać mu co osiągnie, a nie czego uniknie. Na przykład pacjentowi z niewydolnością serca, który już od jakiegoś czasu musi przystawać idąc do swojego mieszkania na 4 piętrze dobrze jest powiedzieć, że dzięki przyjmowanym lekom łatwiej będzie mu wchodzić po schodach. Zadziała to dużo lepiej, niż twierdzenie, że dzięki lekom unikną duszności. Ten argument ma za to szansę przekonać pacjenta nastawionego na problemy.

Nie bądźcie zaskoczeni, jeśli zalecicie takiemu pacjentowi umiarkowanie w jedzeniu słodczy i tłustych potraw, a on na kolejnej wizycie wyzna Wam ze skruchością, że trzymał się dzielnie zaleceń do momentu, aż w restauracji zobaczył gołonkę pod hasłem PROMO-



CJA. I nie chodzi o to, że na tę w normalnej cenie go nie stać albo że ta była większa lub smaczniejsza. Była w PROMOCJI, a temu typ „Na cele” rzadko kiedy jest w stanie się oprzeć. Stąd w domach typów „Na cele” jest wiele tzw. „przydasi” kupionych, bo akurat była okazja. Do nich zaliczają się również leki z apteki, proponowane już przy kasie, gdzie na zastanowienie się jest jeszcze mniej czasu.

Wobec tego typu pacjenta szkoda tracić czas na nadmierne opowiadanie o zagrożeniach i problemach. Przekonać go można odwołując się do jego celu i pomysłów oraz pokazanie innych możliwości, z których jest okazja skorzystać.

### Typ „Zgodny” i „Negujący”

Zawsze, gdy pytam uczestników szkoleń, z jakim pacjentem bądź z jakim szefem woleliby mieć do czynienia, dostaję odpowiedź – „Zgodnym”. Nic dziwnego, ponieważ „Zgodny” nie lubi konfrontacji, boi się urazić innych ludzi, rzadko wyraża swoje obawy, wątpliwości, prawdziwe poglądy. Ze wszystkim się zgadza, przytakuje, łątwo mu „wcisnąć” wiele rzeczy, rzadko krytykuje. Sprawia wrażenie zadowolonego, nawet kiedy nie zgadza się z otoczeniem. Niestety, nie wiadomo, co naprawdę myśli. Dopiero, kiedy wyjdzie z gabinetu może się podzielić swoją opinią z oczekującymi w kolejce lub na portalu Znany Lekarz: że wizyta za krótka, lekarz nie słucha, nie mówi i niewyraźnie pisze, i w ogóle to chyba musi pójść do innego. Wielce prawdopodobne, że to właśnie ten pacjent, który z uśmiechem przyjmie od Was receptę, ale i tak nigdy jej nie zrealizuje. Dlatego, jeśli podejrzewacie, że macie do czynienia z typem „Zgodnym”, warto będzie, jeśli zainteresujecie się Państwo i delikatnie dopytacie o jego wątpliwości i zastrzeżenia oraz zachęcie do wyrażenia ewentualnych krytycznych uwag, których samodzielnie nigdy by nie wyraził. Na przykład, warto spytać pacjenta: *Co pan sądzi na temat proponowanej przeze mnie terapii? Czy taka forma leku panu odpowiada? Czy jest coś, co panią niepokoi? Jeśli coś pani nie odpowiada lub z czymś się pani nie zgadza, to proszę powiedzieć, bo zależy mi na dopasowaniu terapii do pani potrzeb i możliwości.* A jeśli coś wzbudza Wasze podejrzenia, to można zasugerować rozwiązanie, nie zmuszając osoby o zgodnym typie osobowości do samodzielnego sformułowania problemu. Można na przykład przypomnieć pacjentowi o możliwości spytania w aptece o tańszy zamiennik preparatu, albo poinformować go o innych formach leku. Takie dopytywanie to bezcenne zabezpieczenie przed zdziwieniem, że było tak dobrze, a czemu jest tak źle!

Zdecydowanie wolę typ „Negujący”. Zawsze będę bronić i chronić, bo niestety głównie zraża do siebie ludzi swoim krytycyzmem i częstym niezadowoleniem, zyskując miano za przeproszeniem, „upierdliwca”. Nikt go nie docenia, a przecież dzieli się z ludźmi swoimi kry-

tycznymi spostrzeżeniami tylko po to, żeby ich chronić. Wiem, bo mam takiego męża. Dopiero po latach wpadłam na pomysł żeby go zapytać: czemu nigdy nie powiesz, że świetnie wyglądam, że piekę doskonale ciasta, że... I dostałam krótką odpowiedź: *A po co mówić jak wszystko jest dobrze?* Dla tego typu osobowości, jeśli coś jest dobrze, to jest tak jak powinno być i to jest norma, a krytyczna uwaga jest formą opiekowania się innymi, ważnymi dla nich osobami. Jeśli dacie osobie negującej możliwość wyrażenia krytycznych uwag i potraktujecie je poważnie, a co najważniejsze docenicie jej chęć naprawiania świata, to zyskacie najwierniejszego pacjenta na świecie. Jak docenić? Wystarczy wypowiedzieć krótką formułkę: *Dziękuję, że zwrócił mi pan uwagę na... Bo dzięki temu mogę lepiej wykonywać swoje obowiązki.* Szczęście, jakie maluje się w oczach osoby negującej po takim zdaniu jest bezcenne. Sprawdźcie Państwo sami.

### Typ „Systematyczny” i „Chaotyczny”

Typ „Systematyczny” to „ulubiony” pacjent mojego kolegi, lekarza rodzinnego, który sam posiada zgoła odmienny sposób na życie, czyli „Chaotyczny”. Co można poznać choćby po tym, że na jego biurku leży, owszem, kalendarz, ale trochę tylko przeterminowany, bo z 2011 roku. Wizyta pacjenta wygląda tak:

**Lekarz:** *Proszę brać antybiotyk raz dziennie przez 3 dni.*

**Pacjent:** *To znaczy?*

**Lekarz:** ???

**Pacjent:** *O jakiej porze?*

**Lekarz:** *Każdego dnia o tej samej, wygodnej dla Pana.*

**Pacjent:** *Czyli co 24 godziny?*

**Lekarz:** *Tak*

**Pacjent:** *Jak mam go brać?*

**Lekarz:** ??? *Doustnie*

**Pacjent:** *Przed jedzeniem czy po?*

**Lekarz:** *Po jedzeniu.*

**Pacjent:** *I co dalej?*

**Lekarz:** *Zobaczmy*

**Pacjent:** ??? *Ale co?*

Domyślcie się Państwo o co chodzi? Typ „Systematyczny” ma porządek w głowie, notatkach i otoczeniu. Dokładnie planuje swoje poczynania, lubi przewidywalne sytuacje i zbiera niezbędne mu do tego szczegółowe informacje. Mój kolega zaś zaciska zęby i zaczyna nerwowo porządkować twórczy bałagan na biurku. Żeby uniknąć stresu po obu stronach, systematycznemu pacjentowi warto zasugerować uporządkowaną strukturę wypowiedzi zaczynając od A i kończąc na Z. I jeszcze jedno. Temu typowi warto wywiązywać się z danych deklaracji, ponieważ dokładnie je pamięta, a nawet o zgrozo może je mieć zapisane. I jest na to bardzo wyczulony.

## ► Typ „Rzeczowy” i „Osobisty”

Dla lepszego zrozumienia tych typów pozwolę sobie przytoczyć historię koleżanki z zaprzyjaźnionej firmy szkoleniowej. Otóż pewnego razu poszła ona na spotkanie z Panią Dyrektorem Działu Personalnego dużej firmy korporacyjnej, która chciała zamówić szkolenia. Weszła do jej gabinetu, gdzie zasiadły do rozmowy przy dużym biurku, na którym stało zdjęcie uśmiechniętego kilkulatniego chłopca. Będąc osobą raczej „Osobistą” ochoczo zagadnęła: *Ładna fotografia i bardzo przyjemny chłopiec, czy to Pani syn?* Na co Pani Dyrektor uprzejmie odparła: *Tak, to mój syn Tomek, ma 5 lat, chodzi do przedszkola Miś Ursynek, a jaką ofertę szkoleniową Pani dla mnie przyniosła?* Pani Dyrektor okazała się być wyjątkowo rzeczowym typem osobowości, który ma to do siebie, że nie lubi poruszania prywatnych wątków, chce szybko i sprawnie załatwić sprawę, lubi konkrety i szybko przechodzi „do rzeczy”. Nie to, co typ „Osobisty”, który w Waszym gabinecie chętnie się rozsiądzie. Opowiadając o swojej chorobie opowie jednocześnie o chorobach pozostałych członków rodziny, a nawet skróci dystans dopytując o Wasze samopoczucie. Zderzenie tych dwóch osobowości bywa bardzo trudne. „Rzeczowy” męczy się i przeżywa katusze na skutek gadulstwa i wylewności osobistego. Sam zaś jest postrzegany jako zdystansowany, zimny, niedostępny i niechętny do nawiązania kontaktu.

Tak więc, jeśli macie Państwo do czynienia z „Osobistym” typem pacjenta, warto wyrazić czasem zainteresowanie jego życiem prywatnym. Pogadać, odnieść się do poruszanych przez niego wątków. Doceniać go słownie. Pokazywać, że jest ważny jako człowiek, a nie tylko jako pacjent. Na przykład, jeśli pacjent na pytanie o moment wystąpienia objawów zaczyna snuć opowieść o tym, że

to było wtedy, kiedy wybierał się na imieniny do Józka, który generalnie ich nie wyprawia, ale w tym roku przyjechała Ala z Stanów, więc uznał, że dobrze byłoby się spotkać... i tak dalej, to nie trzeba brutalnie mu przerywać, kategorycznym tonem pytając ale jaka to była data!? „Osobisty” typ dużo precyzyjniej odpowie na pytanie związane z jego opowieścią, np. mam nadzieję, że impreza była udana, a kiedy konkretnie Józek wyprawiał te imieniny? I jeszcze uzna Was za swojego człowieka, bo zainteresowaliście się tym, co ma do powiedzenia i zapamiętaliście jak ma na imię Józek. Z kolei z typem „Rzeczowym” warto przechodzić od razu do rzeczy, im krótsza będzie wizyta tym lepiej. Nie opłaca się też fundować mu sytuacji wymagających od niego dużej otwartości w relacji, ani epatować go wylewnością.

Typów osobowości w typologii z obszaru psychologii podświadomości, czyli tej, którą Państwu starałam się opisać, jest więcej. Jednak te opisane w moim przekonaniu są najbardziej charakterystyczne i najłatwiejsze do zidentyfikowania. Teraz już tylko wystarczy się dopasować. Często słyszę od uczestników warsztatów, że trudno wejść w czyjeś buty. Zgadza się. Nie jest łatwo pójść pod prąd własnej osobowości. Ma prawo boleć i uwierać. Ale czyż nigdy w życiu nie założyliście Państwo nowych, niewygodnych, uwierających butów i nie poszliście w nich na bal w imię „wyższego” celu? I przecież zawsze przychodzi taki moment, kiedy można je zdjąć. To jest jednak moje zdanie i moja opinia. Wybór oczywiście należy do Państwa.

Elżbieta KOWALSKA

Trener Biznesu, Umiejętności Komunikacyjnych  
i Wywierania Wpływu, Coach ICF i Coach Narzędziowy

(przedruk z „Meritum” nr 6/16)

## MEDYCYNĄ PO DYPLOMIE

# FARMAKOTERAPIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO W OPARCIU O DRABINĘ ANALGETYCZNĄ WHO (SILNE OPIOIDY) CZ. III

W 1986 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podzieliła leki przeciwbólowe w ten sposób, że umieściła je na trzech stopniach drabiny analgetycznej. Na stopniu I są proste leki przeciwbólowe (paracetamol, metamizol i NLPZ), na II szczeblu słabe opioidy (tramadol, kodeina i dihydrokodeina DHC), a na III - silne opioidy (morfina, fentanyl, buprenorfina, oksykodon, metadon i tapentadol). Do leków z każdego stopnia w określonych sytuacjach klinicznych dołączyć można leki wspomagające - adjuwantowe. Drabina stworzona została dla leków

zwalczających ból towarzyszący chorobie nowotworowej, obecnie umieszczone są na niej leki stosowane w przypadku każdego rodzaju bólu przewlekłego.

Nowością wprowadzoną w ostatnich latach jest stosowanie niskich dawek silnych opioidów (np. do 30 mg morfiny, do 20 mg oksykodonu na dobę) zamiast słabych opioidów z II szczebla drabiny. Najważniejsze jest jednak dobranie leku do natężenia i rodzaju bólu oraz stop-

nia wydolności narządów, a także właściwe dawkowanie i łączenie leków przeciwbólowych, w którym wykorzystuje się sumowanie efektu przeciwbólowego (addycję) lub jeszcze lepiej - synergizm działania, oraz odpowiednie dobranie do danej jednostki chorobowej leków adjuwantowych. Właściwa farmakoterapia zapewnia dobry efekt przeciwbólowy u 85% chorych.

## Morfina

Morfina jest czystym agonistą receptora opioidowego. Jej średni czas działania wynosi cztery godziny. Morfina podlega procesom metabolicznym w wątrobie, ściennie jelit, nerkach i OUN na drodze sprzęgania z kwasem glukuronowym przy udziale glukuronylotransferazy. Jej głównymi metabolitami są morfino-3-glukuronian (M3G) i morfino-6-glukuronian (M6G). Niewielka część morfiny (poniżej 5%) jest metabolizowana przy udziale CYP450 do normorfiny. M6G to aktywny metabolit morfiny o sile działania wielokrotnie przekraczającej siłę przeciwbólowego działania morfiny. Drugi metabolit, M3G, nie wykazuje działania przeciwbólowego, ma natomiast silne właściwości neurotoksyczne. Jego nagromadzenie może prowadzić do wystąpienia zaburzeń poznawczych, delirium, pobudzenia, mioklonii i drgawek. Po podaniu doustnym, z uwagi na efekt pierwszego przejścia, stosunek stężeń M3G do M6G i morfiny jest znacznie wyższy, niż u pacjentów otrzymujących morfinę parenteralnie. Ze względu na fakt, że w warunkach prawidłowych nawet 30% morfiny jest metabolizowane pozawątrobowo, umiarkowanego stopnia uszkodzenie wątroby nie zakłóca znacząco procesów jej metabolizmu. Obserwuje się natomiast zwiększenie biodostępności morfiny (wzrost jej stężenia w surowicy po podaniu określonej dawki), prawdopodobnie w następstwie zmniejszenia przepływu wątrobowego krwi. U chorych z nieprawidłową czynnością nerek upośledzona jest nerkowa eliminacja metabolitów morfiny, a okres półtrwania M6G trzykrotnie się wydłuża. Dlatego chorzy z nieprawidłową czynnością nerek są bardziej narażeni na wystąpienie działań niepożądanych morfiny i wymagają ścisłego monitorowania, redukcji stosowanych dawek, wydłużenia czasu między kolejnymi dawkami, zmiany drogi podawania morfiny z doustnej na podskórną lub - najlepiej - zamiany morfiny na inny opioid. Nie powinno się jej łączyć z diklofenakiem i aceklofenakiem, ponieważ upośledzają jej metabolizm (ryzyko depresji oddechowej).

Morfina skutecznie uśmierza ból, zwłaszcza o tępym charakterze, natomiast jest mniej skuteczna w bólu nagłym, przeszywającym. Wywołuje dobry nastrój, euforię (rzadziej dysfориę), obniża zdolność koncentracji i zwalnia procesy myślowe. Działa depresyjnie na ośrodek oddechowy - zmniejsza częstość oddychania (do bezdechu włącznie), powoduje także depresję ośrodką kaszlu oraz pobudza jądra parasympatyczne nerwu okoruchowego, co powoduje zwężenie źrenic (źrenice szpilkowate). Po-

budza także strefę chemoreceptorową pnia mózgu, czego następstwem są nudności i wymioty obserwowane szczególnie często w początkowym okresie terapii morfiną. Może uwalniać histaminę, dlatego czasami po jej zastosowaniu występuje świąd skóry. Wzmaga napięcie mięśniówki przewodu pokarmowego oraz osłabia perystaltykę jelit, co prowadzi do zaparć, zwiększa także napięcie zwieracza pęcherza moczowego. Morfinę podaje się zarówno drogą doustną, jak i parenteralnie. Jej wchłanianie z przewodu pokarmowego jest istotnie niższe oraz zmienne, w zależności od stosowanego preparatu. W związku z tym dla uzyskania efektu przeciwbólowego takiego jak w przypadku parenteralnego podawania leku dawki przyjmowane drogą doustną muszą być dwadzieścia trzy razy wyższe.

Należy pamiętać, że ból jest naturalnym antagonistą objawów niepożądanych (takich jak zaburzenia świadomości, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, zwolnienie rytmu oddechowego do bezdechu włącznie) i do pewnego stopnia tłumi symptomy przedawkowania. Łączne podawanie morfiny z benzodiazepinami lub innymi lekami o działaniu depresyjnym na OUN zwiększa ryzyko wystąpienia głębokiej sedacji, hipotonii, delirium, a także depresji ośrodką oddechowego. Ryzyko mioklonii wzrasta podczas łącznego stosowania morfiny z fenotiazynami, NLPZ i lekami przeciwd depresyjnymi.

Morfina podawana jest doustnie w preparatach o natychmiastowym uwalnianiu (roztworze, tabletkach) zazwyczaj w dawce początkowej 2,5–5–10 mg, co 4 godziny lub w preparacie o zmodyfikowanym uwalnianiu w dawce początkowej 10–20–30 mg, co 12 godzin. Jest także stosowana parenteralnie: podskórną, dożylną lub okołordzeniową (zewnątrzoponową, podpajęczynówkową). Może być ponadto aplikowana miejscowo, najlepiej w postaci żelu, m.in. na trudno gojące się rany, zmiany troficzne, albo w postaci płukanek u chorych z zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej po napromienianiu nowotworów głowy i szyi. Jest opioidem z wyboru w leczeniu bólu z towarzyszącą dusznością u chorych na nowotwór.

## Fentanyl

Fentanyl jest czystym agonistą receptora opioidowego tj., który jako pierwszy z opioidów został zastosowany do leczenia bólu w postaci transdermalnej. Dzięki małej masie cząsteczkowej oraz wysokiej lipofilności fentanyl łatwo przechodzi przez skórę i z krwioobiegu szybko przedostaje się przez barierę krew-mózg do OUN, gdzie łączy się z receptorami opioidowymi  $\mu$ . Jest metabolizowany przy udziale cytochromu CYP3A4 głównie do nieaktywnego norfentanylu, a następnie wydalany z moczem w postaci nieaktywnych metabolitów i w 7–10% w postaci niezmienionej.

Ze względu na metabolizm fentanylu należy pamiętać, że CYP3A4 jest enzymem odpowiedzialnym za metabolizm ponad połowy wszystkich stosowanych leków, a wie-



le z nich przez hamowanie lub aktywację CYP3A4 może wpływać na metabolizm fentanylu i ostateczny efekt po jego zastosowaniu. Do inhibitorów CYP3A4 zaliczamy m.in.: ciprofloksacynę, erytromycynę, flukonazol, ketokonazol, midazolam, omeprazol, fluoksetynę, paroksetynę. Ich łączne zastosowanie z fentanylem przez zahamowanie jego metabolizmu może prowadzić do wzrostu stężenia fentanylu we krwi i wystąpienia działań niepożądanych. Z kolei dodanie do fentanylu leku indukującego CYP3A4, takiego jak: karbamazepina, fenobarbital, deksametazon, fenytoina lub ryfampicyna, bywa przyczyną gorszego efektu przeciwbólowego w następstwie przyspieszenia przemiany fentanylu w nieaktywne metabolity. Trzeba pamiętać, że modyfikacja farmakokinetyki fentanylu przez inne, stosowane równolegle leki jest szczególnie ważna w przypadku stosowania preparatów przeźłuszkowych tego leku, ze względu na szybki wzrost stężenia fentanylu we krwi. Przy braku adaptacji ośrodkowego oddechowego może bowiem być przyczyną zagrażających życiu powikłań, zwłaszcza depresji oddechowej.

Fentanyl jest dość dobrze tolerowany przez pacjentów z umiarkowaną niewydolnością wątroby i nerek. U chorych z wyrównaną niewydolnością wątroby i nerek nie obserwuje się istotnego wydłużenia okresu półtrwania fentanylu, natomiast w ciężkiej niewydolności nerek okres ten ulega dwukrotnemu wydłużeniu. Należy podkreślić, że chorzy z upośledzoną czynnością wątroby i nerek leczeni fentanylem wymagają dokładnego nadzoru i monitorowania bezpieczeństwa terapii z uwagi na ryzyko stopniowej kumulacji leku. Fentanyl podawany przezskór-

nie z rezerwuaru w tkance podskórnej uwalnia się równomiernie do układu krążenia, co zapewnia utrzymanie stałego stężenia leku w surowicy krwi i stabilnego poziomu analgezji. Jest on pozbawiony działania obwodowego, odpowiedzialnego za niekorzystny wpływ zwiększający napięcie mięśni gładkich przewodu pokarmowego, czym tłumaczy się mniejsze działanie zapierające i pro-wymiotne fentanylu niż morfiny. W stosunku do morfiny fentanyl wykazuje znacznie mniej nasilone działanie sedacyjne i w niewielkim stopniu uwalnia histaminę. Ze stosowaniem fentanylu związane jest ryzyko wystąpienia zespołu serotoninowego. Uważa się, że podawanie fentanylu w formie przezskórnej zapewnia stałe stężenie leku w surowicy krwi, co pozwala na uzyskanie stabilnego poziomu analgezji, przyczynia się także do zmniejszenia częstości występowania bólów przebijających (nawet o około 20%). W sprzedaży są plastry uwalniające 12,5, 25, 50, 75 i 100 µg fentanylu na godzinę. Czas działania plastra - trzy doby. Fentanyl w postaci tabletek podpoliczkowych oraz preparatu donosowego stosowany jest w leczeniu bólów przebijających u chorych na nowotwory leczonych opioidami. Ze względu na szybki początek działania preparaty te spełniają kryteria leku właściwego do leczenia bólu przebijającego. Dostępne są tabletki zawierające 100, 200, 400, 600 i 800 µg fentanylu.

*Małgorzata MALEC-MILEWSKA*

*Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii  
CMKP w Warszawie*

**Autorka** nie zgłasza konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami. Piśmiennictwo u autorki.

(przedruk z „Pulsu” nr 2/17)

## NAJCZĘSTSZE ZAGROŻENIA NIEKORZYSTNYMI INTERAKCJAMI LEKÓW, W TYM Z ŻYWNOŚCIĄ, SPOTYKANE W CODZIENNEJ PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Stosując choćby tylko dwa leki, powinniśmy zastanowić się, czy nie wchodzi one w niekorzystne interakcje i czy możemy zrobić coś, aby zminimalizować ryzyko wybranej farmakoterapii. Jak wskazują statystyki, co czwarty pacjent w wieku powyżej 65. roku życia może być hospitalizowany nie z powodu tego, że jest chory, ale dlatego, że leczenie, które mu zaordynowano, wywołuje skutki niepożądane, często w mechanizmie niekorzystnych interakcji. Warto przyjrzeć się interakcjom, które na pierwszy rzut oka mogą wydawać się błahe, ale z uwagi na ich powszechność stają się coraz większym problemem w praktyce medycznej.

Kto w lekarskiej praktyce nie posługuje się lekami z grupy inhibitorów pompy protonowej (IPP)? Niestety, rzadko pamiętamy, że leki te mogą znacząco pogorszyć wchłanianie z przewodu pokarmowego innych, równocześnie stosowanych przez pacjenta leków oraz mogą

unicestwić suplementację niektórych jonów. Wynika to wprost z ich farmakokinetycznego mechanizmu działania. I tak, IPP zmniejszają znacząco wchłanianie jonów żelaza, wapnia oraz magnezu. Bifosfoniany, takie jak: alendronian i ryzedronian, nie mają szansy, aby wchłaniać się z przewodu pokarmowego, jeżeli stosowane są łącznie z IPP. IPP stosowane u pacjentów przyjmujących NLPZ z jednej strony szczęśliwie indukują gastroprotekcję, ale niestety z drugiej, ponieważ najczęściej chemicznie są słabymi kwasami (z wyjątkiem nabumetonu), zmieniają mechanizmy absorpcji w przewodzie pokarmowym i hamują wchłanianie NLPZ. Czas stosowania tych leków powinien być tak krótki, jak tylko to jest możliwe, a także powinny być one zapisywane tylko wtedy, kiedy korzyści płynące z ich używania są bezsporne.

Warto też przypomnieć, że wokół sposobu podawania IPP narosło wiele mitów. Jednym z nich jest podawanie

IPP zawsze przed posiłkiem. Tymczasem z profilu farmakokinetycznego IPP wynika, że omeprazol, esomeprazol i lanzoprazol musimy podawać na około 30 minut przed posiłkiem, a pantoprazol, rabeprazol i dekslanzoprazol w ogóle nie muszą być dawkowane w korelacji z przyjmowanym przez pacjenta posiłkiem.

Innym powszechnie stosowanym w praktyce lekarskiej lekiem jest metoklopramid. Zgodnie z opublikowanymi dla tego leku komunikatami bezpieczeństwa, metoklopramid może być stosowany maksymalnie przez okres 5 dni ze względu na ryzyko występowania zaburzeń pozapiramidowych. Metoklopramid oraz coraz częściej stosowanego w praktyce klinicznej itoprydu nie należy stosować jednocześnie z produktami leczniczymi o działaniu cholinolitycznym. Konsekwencją interakcji może być zmniejszenie skuteczności leków propulsywnych. Spośród powszechnie stosowanych leków, które wykazują istotny efekt cholinolityczny, wymienić należy: butylobromek hioscyny, hydroksyzynę, klemastynę, cetyryzynę, dimetinden, leki złożone, stosowane w leczeniu objawowym przeziębienia i grypy, które zawierają w swoim składzie substancje o działaniu cholinolitycznym oraz neuroleptyki fenotiazynowe. Te ostatnie nadal często stosowane są niezgodnie ze wskazaniami, np. w zaburzeniach snu u pacjentów w podeszłym wieku. Działanie cholinolityczne wykazują także niektóre leki przeciwdepresyjne takie jak: amitryptylina, doksepina, mianseryna oraz opipramol. Interakcje te dotyczą też coraz rzadziej stosowanego już cyzaprydu.

Istotnego znaczenia w praktyce nabierają interakcje leków z żywnością. Zażycie leku w niewłaściwym odstępie czasowym od posiłku może skutkować nie tylko zmniejszeniem skuteczności klinicznej, ale także może zwiększać ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. W Tabeli nr 1 zebrano najistotniejsze informacje dotyczące interakcji pomiędzy żywnością i lekami.

Pacjenci przyjmujący NLPZ powinni stosować je przed posiłkiem, gdyż pokarm znacząco może zmniejszać ich biodostępność i przedłużać okres latencji działania przeciwbólowego. Oczywiście, w takim przypadku musimy liczyć się z działaniem drażniącym na błonę śluzową przewodu pokarmowego. Na rynku farmaceutycznym są dostępne NLPZ (np. deksketoprofen) w postaci granulatu doustnego, który zalecany jest do stosowania na „pusty żołądek”. Zawarty w nim trometamol może nieco zmniejszać drażniące działanie leku na przewód pokarmowy.

Na koniec należy przypomnieć, że powszechnie stosowana hydroksyzyna, zgodnie z komunikatem bezpieczeństwa opublikowanym na stronie [www.urpl.gov.pl](http://www.urpl.gov.pl), nie powinna być stosowana u pacjentów powyżej 65. roku życia i nie może być jednoczasowo podawana z innymi lekami, które mogą powodować wydłużenie odstępu QT w zapisie EKG. Grozi to zwiększeniem ryzyka wystąpienia komorowych zaburzeń rytmu serca.

**Tabela 1.** Najistotniejsze interakcje lek–pokarm, mające wpływ na skuteczność i bezpieczeństwo farmakoterapii

| Nazwa produktu leczniczego    | Wpływ posiłku na skuteczność i bezpieczeństwo stosowania leku   |
|-------------------------------|---|
| gabapentyna                   | zaleca się zażywanie leku z posiłkami bogatobiałkowymi, które zwiększają biodostępność leku                                   |
| ranitydyna                    | może być zażywana niezależnie od posiłku  |
| lewodopa                      | należy przyjmować przed posiłkiem   |
| diazepam                      | wskazane zażywanie 2 godziny przed jedzeniem lub 2 godziny po, niezależnie od posiłku można przyjmować alprazolam i lorazepam |
| winpocetyna                   | należy przyjmować w trakcie posiłku, z uwagi na ryzyko wystąpienia nudności   |
| perindopril                   | zaleca się przyjmowanie przed posiłkiem   |
| lerkanidypina                 | zaleca się przyjmowanie przed posiłkiem   |
| cilostazol                    | zaleca się przyjmowanie przed posiłkiem   |
| rywaroksaban (Xarelto)        | ważne, aby lek przyjmować z posiłkami   |
| spironolakton                 | lek należy przyjmować z posiłkiem   |
| butamirac (Sinecod, Supremin) | zaleca się przyjmowanie przed posiłkiem   |
| lewodropropizyna (Levopront)  | lek należy przyjmować między posiłkami  |
| bilastyna (Clatra)            | lek należy przyjmować godzinę przed lub 2 godziny po posiłku  |
| lewotyroksyna                 | lek należy przyjmować 30 minut przed posiłkiem lub 3 godziny po ostatnim posiłku  |
| ciprofloksacyna               | lek należy przyjmować w czasie posiłku lub po nim   |
| norfloksacyna                 | lek należy przyjmować na godzinę przed lub 2 godziny po posiłku   |
| furazydyna (Furagin)          | lek przyjmować podczas posiłku zawierającego produkty białkowe, gdyż zwiększa to biodostępność                                |
| metronidazol                  | lek należy przyjmować na godzinę przed lub 2 godziny po posiłku   |
| ranitydyna                    | może być zażywana niezależnie od posiłku  |
| lewodopa                      | należy przyjmować przed posiłkiem   |
| diazepam                      | wskazane zażywanie 2 godziny przed jedzeniem lub 2 godziny po, niezależnie od posiłku można przyjmować alprazolam i lorazepam |
| winpocetyna                   | należy przyjmować w trakcie posiłku, z uwagi na ryzyko wystąpienia nudności   |
| perindopril                   | zaleca się przyjmowanie przed posiłkiem   |
| lerkanidypina                 | zaleca się przyjmowanie przed posiłkiem   |

*Dr Jarosław WORON, prof. dr hab. Ryszard KORBUT  
Katedra Farmakologii Wydziału Lekarskiego  
CM UJ Kraków,  
Zakład Farmakologii Klinicznej  
Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania  
i Badania Niepożądanych Działań Leków*

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 5/16)

# KONTRAKT LEKARSKI – CZAS PRACY I ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZA WOBEC OSÓB TRZECICH

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, osoby wykonujące zawód lekarza, mogą być zatrudniane w podmiotach leczniczych zarówno na podstawie umów o pracę, jak i umów cywilnoprawnych. Ustawodawca ani w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.), ani w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.) nie określił preferowanej formy zatrudnienia, stąd też, stosownie do konstytucyjnej zasady wolności wyboru i wykonywania zawodu oraz zgodnie z zasadą swobody zawierania umów, decyzja i wybór co do miejsca pracy, jak również podstawy zatrudnienia pozostawiona została woli stron danego stosunku prawnego.

Przepis art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stanowi, że lekarz może wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Działalność lecznicza lekarzy – zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej – może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska. Wykonywanie zawodu lekarza jest zatem możliwe zarówno na podstawie stosunku pracy, jak i umowy cywilnoprawnej. Takie uregulowanie zasad wykonywania zawodu lekarza, ale również np. pielęgniarstwa i położnictwa, wynika z uznania tych zawodów za wolne zawody zaufania publicznego. Możliwość zawierania kontraktów lekarskich pozwoliła na bardziej elastyczną organizację pracy i rozwiązanie poprzez – co należy wyraźnie zaznaczyć – częste omijanie norm prawa pracy problemu niedoboru lekarzy.

## Przemęcenie lekarze

Jedną z głównych przyczyn nadużywania przez podmioty lecznicze umów kontraktowych i braku zapewnienia lekarzom odpowiedniego odpoczynku są nie tyle niewystarczające zabezpieczenia zawarte w przepisach prawa, ale – jak wskazuje również Państwowa Inspekcja Pracy – przede wszystkim deficyt kadr medycznych.

Na problem niebezpieczeństwa związanego z udzielaniem świadczeń medycznych przez przemęczonych dłu-

gotrwałą pracą lekarzy wielokrotnie zwracała uwagę Najwyższa Izba Kontroli. Na podstawie przeprowadzonych w roku 2015 przez NIK kontroli, powstała *Informacja o wynikach kontroli Zatrudnienie w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej*. W dokumencie tym możemy przeczytać, iż NIK stwierdziła liczne przypadki ciągłego, długotrwałego świadczenia pracy przez personel medyczny zatrudniony na kontraktach w części kontrolowanych szpitali. Lekarz – „rekordzista” miał przepracować nieprzerwanie 130 godzin.

Za niedopuszczalny dowód braku zrozumienia dla powagi sytuacji – a taki ton można odnotować w niektórych wypowiedziach tzw. „czynników oficjalnych” – jest przenoszenie odpowiedzialności za zbyt długi czas pracy wyłącznie na samych lekarzy, którzy dobrowolnie i świadomie przyjmują na siebie zobowiązania wykraczające poza ich siły. Nie bez znaczenia w tym kontekście jest także okoliczność, że lekarze często postawieni są w sytuacji braku alternatywy, co oznacza, że odmowa podpisania kontraktu na warunkach przedstawionych przez zlecełodawcę, w praktyce oznacza brak zatrudnienia.

## Czy można „zmusić” młodych lekarzy do pracy w Polsce?

W kontekście niedoborów kadrowych wśród lekarzy, w szczególności lekarzy specjalistów, należy uwzględnić zjawisko emigracji z Polski młodych lekarzy, którzy wyjeżdżają z kraju bezpośrednio po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego – odbywanego w trybie rezydentury. W tym miejscu warto przytoczyć stanowisko NIK, wyrażone w treści przywołanego powyżej raportu: *Biorąc pod uwagę, że szkolenie lekarzy w ramach rezydentury jest finansowane ze środków budżetowych, a część wykwalifikowanej kadry medycznej emigruje po zakończeniu szkoleń do krajów, w których jest lepiej opłacana, celowe jest uzależnienie uczestnictwa w takim szkoleniu od zobowiązania przez Ministra Zdrowia przyszłych specjalistów do przepracowania określonego czasu w Polsce, w systemie ubezpieczeń zdrowotnych.* (Informacja o wynikach kontroli Zatrudnienie w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej 2015).

Wobec powyższego, uzasadnione jest pytanie czy Ministerstwo Zdrowia planuje opracować rozwiązania prawne, zmierzające do wprowadzenia obligatoryjnego okre-



su pracy w publicznych jednostkach opieki zdrowotnej dla lekarzy, którzy ukończyli szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim, aby przeciwdziałać w ten sposób negatywnym społecznie konsekwencjom, wynikającym z emigracji tych lekarzy z Polski bezpośrednio po uzyskaniu tytułu specjalisty?

Na tak postawione pytanie Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało jednoznacznie.

**STANOWISKO MINISTERSTWA ZDROWIA (22.09.2016 r.)**

*Resort zdrowia nie planuje opracowania rozwiązań prawnych zmierzających do wprowadzenia obligatoryjnego okresu pracy w publicznych jednostkach opieki zdrowotnej dla lekarzy, którzy ukończyli szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim, aby przeciwdziałać w ten sposób negatywnym społecznie konsekwencjom, wynikającym z emigracji tych lekarzy z Polski bezpośrednio po uzyskaniu tytułu specjalisty. Należy przy tym przede wszystkim zważyć, iż koszt szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury stanowi wynagrodzenie za pracę, które otrzymuje lekarz rezydent na podstawie umowy o pracę.*

*Nałożenie na ww. lekarzy obowiązku odpracowania albo zwrotu wynagrodzenia otrzymanego w ramach umowy o pracę, byłoby de facto zobowiązaniem do odpracowania wynagrodzenia, które jest ekwiwalentem za pracę już wykonaną, a zwrot kosztów specjalizacji w przypadku wyjazdu lekarza za granicę stanowiłby zwrot wynagrodzenia za wykonaną już pracę.*

*Tego typu postępowanie jest niedopuszczalne na gruncie polskich przepisów prawa pracy.*

## Kontrakt a czas pracy lekarza

Kontrakt lekarski należy do umów cywilnoprawnych. Zgodnie z zasadami dotyczącymi tego rodzaju umów, strony mogą kreować stosunek prawny według swego uznania, z tym zastrzeżeniem, aby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Praktycznie rzecz ujmując, regulacja konkretnych postanowień umownych pozostawiona została stronom umowy – poza przypadkami, które zostały jasno określone w przepisach ustaw, bądź wynikają z celu danej umowy (np. ustawa o działalności leczniczej).

Problem określenia czasu pracy to jedna z najbardziej kontrowersyjnych kwestii, związanych z treścią samego kontraktu. Teoretycznie mamy tutaj dowolność – nie jesteśmy związani narzucającymi określone rygory przepisami – w kształtowaniu wymiaru czasu, w którym będziemy świadczyć pracę. Pamiętajmy jednak, że przyjmowanie na siebie obowiązków w oczywiste zbyt dużym wymiarze, może łączyć się dla nas z problemami w sytuacji, gdy dojdzie do popełnienia przez nas błędu w sztuce lekarskiej. Istnieje poważne niebezpieczeństwo, że ubezpieczyciel odmówi nam w takim przypadku ochrony ubezpieczeniowej, argumentując, iż sami z własnej winy, przyjmując na siebie zbyt duże obciążenia spowodowaliśmy szkodę u pacjenta – lekarz

powinien przecież najlepiej wiedzieć, jakie zagrożenie powoduje dla niego oraz pacjenta praca w zbyt dużym wymiarze czasu.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, powyższy stan rzeczy – choć prawnie dopuszczalny – może powodować, że fizyczne i psychiczne zmęczenie lekarzy będzie stwarzać ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów i samych lekarzy.

Odnosząc się do samego sposobu określenia czasu pracy lekarza w ramach umowy kontraktowej, należy wskazać, iż najczęściej w umowie określa się liczbę dni w miesiącu kalendarzowym i łącznie liczbę godzin w danym miesiącu lub innym okresie rozliczeniowym – co przyjmuje formę harmonogramu. Ważne, abyśmy doprowadzili do jasnego określenia w samej treści umowy w jaki sposób i w jakim terminie konstruowany jest harmonogram oraz czy ustalenie wiążącego harmonogramu wymaga zatwierdzenia, czy tylko poinformowania lekarza.

**STANOWISKO MINISTERSTWA ZDROWIA  
(22.09.2016 r.)**

*Umowa cywilnoprawna zawarta przez kierownika szpitala z lekarzem lub innym pracownikiem medycznym, której przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, powinna zapewniać nie tylko prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego, ale przede wszystkim gwarantować bezpieczeństwo zarówno pacjentom, jak i zatrudnionemu personelowi. Przepracowany lekarz bez wątplenia nie daje rękojmi zapewnienia należytej opieki nad pacjentami.*

*Jednakże również lekarz, pielęgniarz, położna (wykonujący tzw. wolny zawód zaliczany do grupy zawodów zaufania publicznego), których oświadczenie woli jest tak samo ważne przy zawieraniu umowy cywilnoprawnej, jak oświadczenie woli kierownika szpitala, powinien mieć na względzie późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy zgodnie z przewidzianymi prawem zasadami wykonywania zawodu oraz deontologii zawodowej.*

*Obowiązujący każdego lekarza Kodeks Etyki Lekarskiej wskazuje dobro chorego jako nadrzędną zasadę wykonywania zawodu i stanowi, że z przestrzegania tej zasady nie zwalniają lekarza wymagania administracyjne, naciski społeczne czy też mechanizmy rynkowe.*

W kontekście regulacji problematyki czasu pracy w umowie kontraktowej, należy wspomnieć o maksymalnie precyzyjnym ustaleniu zasad organizowania zastępstwa w sytuacji, gdyby lekarz nie mógł osobiście świadczyć pracy. Do umowy należy wprowadzić zatem precyzyjny zapis, określający, jakie obowiązki ciąży na lekarzu, kiedy nie może się stawić do pracy w podmiocie leczniczym. Ważne, aby precyzyjnie uregulować kwestie kogo i jak zawiadomić, czy lekarz ma obowiązek zapewnić zastępstwo (konieczna zgoda czy wystarczy jedynie informacja podmiotu, z którym zawierana jest umowa). Należy także w sposób możliwie szczegółowy określić zasady rozliczania takiego zastępstwa.

Negocjując warunki umowy, należy zadbać (co najmniej warto próbować), by umieścić w niej zapis upoważniający lekarza do odmowy świadczenia usług medycznych w sytuacji, gdy okresy odpoczynku pomiędzy poszczególnymi okresami pracy nie zapewniają odpowiedniej regeneracji sił.

Przyjmujący zamówienie lekarz ma prawo do odmowy świadczenia będącego przedmiotem niniejszej umowy - pracy w sytuacji, gdy okresy odpoczynku pomiędzy kolejnymi okresami pracy nie zapewniają właściwej regeneracji sił.

### **Odpowiedzialność za błąd w sztuce lekarskiej – umowa o pracę a kontrakt**

W sytuacji, kiedy lekarz jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, poza wypadkami, w których szkoda wyrządzona jest z winy umyślnej pracownika, za szkody wyrządzone osobom trzecim odpowiada pracodawca (tzw. immunitet pracowniczy). Pracodawca może żądać od pracownika – lekarza zwrotu wypłaconego odszkodowania, lecz tylko do wysokości jego trzymiesięcznego wynagrodzenia. W przypadku umyślnego wyrządzenia szkody przez pracownika, jest on zobowiązany do jej naprawienia w pełnej wysokości.

Lekarz na kontrakcie, co do zasady, ponosi wraz z podmiotem leczniczym odpowiedzialność solidarną za wyrządzoną pacjentowi szkodę. Odpowiedzialność solidarna oznacza, że poszkodowany pacjent może dochodzić odszkodowania – w zależności od swojej woli – od le-

karza, od podmiotu leczniczego albo od podmiotu leczniczego i lekarza łącznie. Podkreślenia wymaga okoliczność, że odpowiedzialność solidarna nie oznacza automatycznej odpowiedzialności w częściach równych. Podmiotowi, który spełni świadczenie objęte odpowiedzialnością solidarną, przysługuje wobec drugiej strony tzw. roszczenie zwrotne. Jego konstrukcja polega na tym, że podmiot, który zaspokoił roszczenie innej osoby, może domagać się zwrotu spełnionego świadczenia (całości lub jego części) od innego – odpowiedzialnego podmiotu. Praktycznie oznacza to kolejny proces (w przypadku braku zgody między stronami) – pomiędzy odpowiedzialnymi solidarnie podmiotami umowy cywilnoprawnej. Warto podjąć próbę wprowadzenia do umowy zapisu (który mieć będzie znaczenie dla wewnętrznych rozliczeń pomiędzy nami i zatrudniającym nas podmiotem leczniczym) ograniczającego naszą odpowiedzialność do górnej kwoty, wynikającej z zawartej przez nas umowy ubezpieczenia OC.

Za szkody na osobach trzecich, wyrządzone przez realizującego zamówienie lekarza, strony niniejszej umowy odpowiadają solidarnie z tym zastrzeżeniem, że realizujący zamówienie lekarz odpowiada maks. do wysokości kwoty gwarancyjnej posiadanego ubezpieczenia OC.

Krzysztof IZDEBSKI

Rzecznik Praw Lekarza KPOIL

Wspólnik w Kancelarii Plaza i Wspólnicy Sp.k.

[www.kpiw.pl](http://www.kpiw.pl), [www.facebook.com/kancelariapiw](https://www.facebook.com/kancelariapiw)

(przedruk z „Meritum” nr 6/16)

## **GDY DZIECKO NIE ZGADZA SIĘ NA LECZENIE**

W trakcie wykonywania zawodu lekarz natrafia czasami na sytuacje, w których dochodzi do konfliktu dóbr prawnie chronionych. Najtrudniejszy do rozwiązania jest, z punktu widzenia lekarskiego, konflikt pomiędzy obowiązkiem niesienia pomocy a wolą pacjenta. Szczególne znaczenia nabiera on w przypadku małoletniego.

Zagadnienie udzielania pomocy lekarskiej pacjentowi małoletniemu ma swój szczególny wymiar formalny, ponieważ zachodzi tu sytuacja, w której dwa różne podmioty dysponują określonymi uprawnieniami. Prawo do ochrony życia i zdrowia przynależy do małoletniego, a prawo do decydowania o poddaniu go określonym świadczeniom - do jego rodziców, opiekunów prawnych lub (po ukończeniu przez dziecko 16. r. ż.) wspólnie do nich i do małoletniego.

Od momentu wejścia w życie we wrześniu 1997 r. Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty określone zostały zasady postępowania lekarskiego w przypadkach braku zgody rodzica (przedstawiciela ustawowego) na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Ustanowiono je w art. 32, 33 i 34 ustawy i można je streścić według następującego schematu:

Do udzielenia świadczenia zdrowotnego pacjentowi wymagana jest jego zgoda.

Jeżeli pacjent jest małoletni - wymagana jest zgoda jego rodziców lub opiekunów prawnych.

Jeżeli pacjent małoletni ukończył 16 lat - wymagana jest tzw. zgoda podwójna: jednocześnie małoletniego i rodziców (opiekunów prawnych).

W przypadku braku lub niemożności uzyskania zgody jednego z równouprawnionych lub konfliktu woli pomiędzy nimi (również pomiędzy samymi rodzicami, przedstawicielami ustawowymi) wymagane jest zezwolenie (zgoda zastępcza) sądu opiekuńczego.

Art. 32 ust. 6 ustawy stanowi dodatkowo, że „jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, **sprzeciwia się czynnościom medycznym**, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego **albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody** wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego”.

Z niewiadomych przyczyn ustawodawca stosuje w treści przywołanych artykułów niejednolite mianownic-

two: w art. 32 ust. 6: „zezwoleń sędu opiekuńczego”, a w zbieżnym z nim treścią art. 34 ust. 6 i pozostałych: „zgoda sędu opiekuńczego”. Mimo tych różnic za każdym razem *de facto* chodzi o „zgode”.

Ustawodawca dopuścił jednocześnie, w wyjątkowej sytuacji, możliwość legalnego udzielania pacjentowi świadczenia zdrowotnego bez uzyskania zgody (art. 33 ust. 1 ww. ustawy), „*jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym*”. W takich okolicznościach (art. 33 ust. 2 i 3) decyzję o podjęciu czynności medycznych lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem i odnotować w dokumentacji medycznej fakt dokonania czynności w takim trybie.

Dodatkowe mechanizmy pozwalające lekarzowi na podjęcie działań medycznych bez zgody pacjenta ustanowiono w art. 34 ustawy, a dotyczą one leczenia stwarzającego podwyższone ryzyko dla pacjenta. Obowiązuje wówczas podobny schemat działań, jak opisany powyżej w punktach 1–4. Zgoda musi mieć jednak formę „poinformowaną” i pisemną. W przepisie tym również ustanowiono „wyjątkowe uprawnienie” lekarza, i to aż w dwóch zakresach.

Po pierwsze (art. 34 ust. 6) - podobnie jak w przypadku zgody na „zwykły” zabieg, lekarz może wykonać czynności niezbędne „*dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia*”, nawet jeżeli „*przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na ich wykonanie*” pod warunkiem uzyskania zgody sędu opiekuńczego.

Po drugie (art. 34 ust. 7) - w sytuacji, w której przewidywana zwłoka „*spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia*”, lekarz może przeprowadzić leczenie stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź nawet **bez zgody właściwego sędu opiekuńczego**. W takim przypadku lekarza leczącego obowiązuje (z zastrzeżeniem „o ile jest to możliwe”) zasięgnięcie opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności oraz (już bez alternatywy) niezwłoczne zawiadomienie przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sędu opiekuńczego. Już po przeprowadzeniu leczenia w takim trybie (art. 34 ust. 8) lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy, a także dokonać odpowiedniej adnotacji (wraz z uzasadnieniem) w dokumentacji medycznej.

Powyższe przepisy, mimo że w założeniu miały w jednoznaczny sposób rozwiązywać sytuacje konfliktowe na

linii lekarz-rodzice (opiekunowie prawni) pacjenta małoletniego, nadal budzą sporo niejasności, i to nie tylko wśród lekarzy, ale czasami również wśród prawników.

Z opublikowanych przez reprezentantów doktryny prawa medycznego komentarzy do wymienionych przepisów da się jednak wywieść jednolite lub reprezentowane przez większość z nich stanowisko, mianowicie:

„Niewyrażenie zgody” to nie tylko brak możliwości uzyskania zgody (porozumienia się) od rodzica lub przedstawiciela ustawowego, ale również sprzeciw wyrażony przez wyżej wymienionych. Takie szerokie rozumienie tego określenia jest akceptowane przez praktycznie wszystkich autorów.

Ingerencja sędu opiekuńczego może i powinna nastąpić w trzech sytuacjach:

Gdy pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, sprzeciwia się działaniom lekarskim, a zgodę na nie wyraża przedstawiciel ustawowy.

Gdy pacjent wyraża zgodę na działania lekarskie, a sprzeciwia się przedstawiciel ustawowy.

Czynnościom medycznym sprzeciwia się zarówno pacjent, jak i jego przedstawiciel ustawowy.

Takie stanowisko również znajduje szerokie poparcie w literaturze. Dukiet-Nagórska wskazuje, że: „*Niekwestionowalność stanowiska przedstawiciela ustawowego wchodzi w grę tylko tak długo, jak długo nie ma podstaw do podejrzenia, że działa na niekorzyść pacjenta. Wszędzie tam, gdzie ocena lekarza o potrzebie interwencji medycznej roznij się ze stanowiskiem przedstawiciela ustawowego, mamy do czynienia z takim podejrzeniem - a więc sąd opiekuńczy powinien być uprawniony do podejmowania decyzji*”. W zakresie decyzji podejmowanych dla ochrony życia lub zdrowia małoletniego pacjenta komentatorzy zgodnie uważają, że ustawodawca faworyzuje, uprzywilejowuje ocenę lekarza (fachowca medycznego) w stosunku do oceny rodzica, opiekuna prawnego.

„*Każdy sprzeciw przedstawiciela ustawowego (czy też opiekuna faktycznego w zakresie badania) powinien być rozpoznawany przez sąd opiekuńczy - takie odczytywanie tego przepisu prowadzi do tezy, że także podwójny sprzeciw może być przełamany decyzją sędu*”.

„*Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo do udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane (...). Sąd ten po przeprowadzeniu rozprawy wydaje postanowienie np. w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej w zakresie decyzji o leczeniu dziecka (...). W przypadkach nagłych sąd opiekuńczy może wydać zarządzenie, także w stosunku do osób, które nie podlegają jego właściwości, zawiadamiając o tym sąd miejscowo właściwy (...). Zarządzenie to korzysta z natychmiastowej skuteczności z mocy ustawy, a w pewnych sytuacjach także z natychmiastowej wykonalności*”.

„*W (...) przepisie [art. 34 ust. 7] zwalnia się lekarza od obowiązku uzyskiwania zgody sędu opiekuńczego w ra-*



► *zie, gdy zwłoka związana z jej uzyskiwaniem mogłaby grozić przynajmniej poważnym niebezpieczeństwem dla zdrowia pacjenta (niebezpieczeństwem ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia)”.*

*„Relację pomiędzy art. 32 ust. 6 a art. 34 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza należy rozumieć następująco: każdy sprzeciw przedstawiciela ustawowego na propozycję lekarza co do podjęcia określonych czynności powinien być poddany ocenie sądu, jednakże sąd ten może zadecydować o zabiegu chirurgicznym lub metodzie postępowania o podwyższonym ryzyku tylko w razie wystąpienia co najmniej niebezpieczeństwa dla zdrowia pacjenta”. Zatem sprzeciw wobec czynności „zwykłych” i „planowych” zabiegów może być uchylony przez sąd w trybie art. 32 ust. 6, a sprzeciw wobec czynności o podwyższonym ryzyku i zabiegów „ratujących życie” - przez sąd w trybie art. 34 ust. 6 lub (gdy zachodzi sytuacja „niecierpiąca zwłoki”) przez samego lekarza w trybie art. 34 ust. 7.*

W kwestii zakresu i sposobu uzyskiwania zgody zastępczej sądu opiekuńczego zwraca się uwagę na fakt, że lekarze nie mogą oczekiwać, że w każdej sytuacji sąd zdejmie z nich ciężar podjęcia decyzji o wykonaniu lub niewykonaniu czynności leczniczych. Istotne wskazówki w tym zakresie znalazły się w postanowieniu Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 11.02.2011 roku (IV CA 1506/10) i w jego analizach.

Sprawa przedstawiała się następująco: Trzej lekarze z publicznego zakładu opieki zdrowotnej faksem zwrócili się do sądu rejonowego o zezwolenie na przetoczenie krwi 16-letniej pacjentce, ponieważ w wyniku wypadku samochodowego utraciła ona dużo krwi i wymagała transfuzji. Matka pacjentki (świadek Jehowy) nie zgadzała się na przetoczenie krwi, podobnie jak małoletnia. W tym samym dniu sąd rejonowy wydał na niejawnym posiedzeniu postanowienie zgodne z wnioskiem, bez przeprowadzenia jakiegokolwiek postępowania. W podstawie prawnej powołano art. 34 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wyjaśniając, że zachodzi konieczność przetoczenia krwi w celu ratowania życia pacjentki.

W komentowanym wyroku - poza uchybieniami formalnymi - sąd wyższej instancji *„sprzeciwił się praktyce sprowadzania roli sądu rejonowego, w sprawach o zezwolenie na zastosowanie metody leczenia, do przybicia pieczętki, czyli do wydawania natychmiast postanowienia o zgodzie na wnioskowany przez lekarzy zabieg wyłącznie na podstawie treści faksu, bez przeprowadzenia jakiegokolwiek postępowania”.* Postępowanie w takim trybie (na posiedzeniu niejawnym, natychmiast po wpłynięciu przesłanego faksem wniosku, bez przeprowadzenia czynności procesowych, zwłaszcza wysłuchania uczestników) uznano za nieważne. Podkreślono jednocześnie, że: *„W wypadku niecierpiącym zwłoki lekarz powinien sam podjąć decyzję o wyborze metody leczenia.*

*nia. Zwracanie się przez lekarza do sądu opiekuńczego po to, żeby sąd w ciągu kilkunastu minut po nadesłaniu faksu wydał postanowienie, stanowi naruszenie (...) art. 34 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Jest oczywiste, że sąd musi mieć czas na rozpoznanie sprawy, wysłuchanie uczestników przeprowadzenie dowodów. Sąd powinien przy wyborze metody leczenia kierować się nie tylko **dobrem ciała pacjenta**, co z zasady będzie wymagało zasięgnięcia opinii biegłego, **lecz również poszanowaniem jego systemu wartości. Nie-rozróżnialne jest oczekiwanie lekarza, że sąd od razu podejmie decyzję”.** Decyzja taka podlega również apelacji w postępowaniu odwoławczym, mimo że do wykonania zabiegu (po uzyskaniu nieprawomocnej zgody sądu rejonowego) już doszło. „Na szczęście” ewentualną odpowiedzialność w tym zakresie poniosą już nie lekarze (działając w oparciu o nieważną zgodę postępowali w „nieświadomości bezprawności czynu”), tylko sąd rejonowy. Na zakończenie komentator podkreśla: *„Orzeczenie przypomina (...) o prawie do decydowania o wyborze metody leczenia. Pacjent nie może być pozbawiony tego prawa w drodze przesłania przez lekarza faksu do sądu, który natychmiast na posiedzeniu niejawnym zatwierdza wskazaną metodę leczenia.”**

Z powyższych rozważań wynika zatem, że sprzeciw rodzica, opiekuna prawnego, nawet przy współistnieniu sprzeciwu samego pacjenta, może być wzruszony albo decyzją sądu, albo samego lekarza, jeżeli wymienione osoby działają na niekorzyść pacjenta. Podstawą przyjęcia takich rozwiązań są określone założenia: według pierwszego z nich pacjent małoletni (nawet jeśli ukończył 16 lat) nie ma pełnej zdolności do rozeznania skutków swoich decyzji, według drugiej rodzice dokonujący wyboru w zakresie zdrowia lub życia dziecka również nie mają pełnych uprawnień do decydowania, gdyż nie wyrażają woli o sobie, lecz o innym człowieku.

Przy spełnieniu obu tych przesłanek tak wyrażony sprzeciw nie może być traktowany na równi z niepodważalnym sprzeciwem osoby pełnoletniej, nieubezwłasnowolnionej i zdolnej do wyrażenia woli.

Lekarz nie może również oczekiwać, że w większości sytuacji ciężar podjęcia decyzji o naruszeniu woli rodziców i małoletniego pacjenta weźmie na siebie sąd opiekuńczy. „Przypadkiem niecierpiącym zwłoki”, w którym lekarz będzie musiał przejąć odpowiedzialność za taką decyzję i ewentualnie wejść w konflikt ze światopoglądem rodziców, będzie każda sytuacja, w której nie ma czasu na przeprowadzenie normalnego, jawnego postępowania sądowego, wysłuchania stron i świadków, zasięgnięcia opinii biegłego itp.

*Lek. med. Radosław DROZD, specjalista medycyny sądowej, Zakład Prawa Medycznego Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu*  
Piśmiennictwo u autora

(przedruk z „Medical Tribune” nr 7-8/16)



W programie w kontekście tematu przewodniego konferencji pojawią się sesje poświęcone: onkologii, kardiologii, geriatrici, dermatologii, chorób naczyń, gastroenterologii.

Ponadto uczestnicy będą mogli poznać najbardziej kontrowersyjne zagadnienia związane z leczeniem biologicznym, RZS oraz leczeniem bólu przewlekłego i ostrego.

Krajowy konsultant w dziedzinie reumatologii prof. Marek Brzosko oraz prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego prof. Eugeniusz Kucharz to nie jedyni eksperci, którzy wygłoszą wykłady podczas konferencji „Kontrowersje w reumatologii”. Do grona wykładowców zaproszono autorytety z wiodących klinik w kraju.

- **Termin:** 21–22 kwietnia 2017 r.
- **Miejsce:** Hotel Gołębiowski, ul. Karkonoska 14, 58-540 Karpacz
- **Kierownik naukowy:** prof. dr hab. Marek Brzosko
- **Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrici Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
- **Organizator:** Wydawnictwo Termedia
- **Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl.

\* \* \*

# termedia

**Bądź na bieżąco! Zamów newsletter i zdobądź bezpłatny dostęp do najnowszych informacji medycznych!**

Cyklicznie wysyłamy newslettery zawierające wywiady z ekspertami, najnowsze doniesienia naukowe, aktualne informacje z zakresu ochrony zdrowia. Newslettery są przeglądem najważniejszych informacji z portali Wydawnictwa Termedia - mają sprecyzo-

wany profil tematyczny, opracowywane są przez zespoły fachowców na podstawie międzynarodowych czasopism specjalistycznych, skierowane do określonych grup odbiorców:

- **[www.edermatologia.pl](http://www.edermatologia.pl)** - portal zawierający najbardziej aktualne doniesienia z dziedziny dermatologii. Łuszczyca, czerniak, trądzik, atopowe zapalenie skóry, grzybica, łupież i łojotokowe zapalenie skóry, choroby pęcherzowe, dermatologia estetyczna i kosmetologia, chirurgia dermatologiczna, dermatologia dziecięca – to wybrane kategorie dostępne w portalu.
- **[www.eonkologia.pl](http://www.eonkologia.pl)** – portal dla onkologów zawierający najnowsze doniesienia światowe i krajowe. W serwisie dostępna jest również wyszukiwarka badań klinicznych dotyczących chorób nowotworowych obejmująca wszystkie nowotwory, nad którymi prowadzone są badania w Polsce.
- **[www.egastroenterologia.pl](http://www.egastroenterologia.pl)** – największy w Polsce serwis internetowy dla gastroenterologów, skierowany do lekarzy specjalistów i pracowników ochrony zdrowia.
- **[www.ereumatologia.pl](http://www.ereumatologia.pl)** – portal poświęcony tematyce reumatologicznej i ortopedycznej. W serwisie codziennie: najnowsze doniesienia naukowe, aktualności z rynku farmaceutycznego, wydarzenia i książki dla reumatologów, wyszukiwarka leków refundowanych.
- **[www.epulmonologia.pl](http://www.epulmonologia.pl)** – serwis zawierający głównie informacje dotyczące chorób płuc a także zagadnienia z dziedziny alergologii.
- **LekarzPOZ** – serwis zawierający aktualne wytyczne postępowania w diagnostyce i terapii różnych schorzeń, a także opisy przypadków, wywiady i artykuły pisane przez praktyków dotyczące najczęstszych problemów codziennej praktyki lekarskiej w POZ

## Newsletter TOP10

Codziennie do ponad 60 tys. odbiorców wysyłamy Newsletter Menedżera Zdrowia - TOP10 zawierający przegląd najważniejszych wiadomości sektora medycznego ukazujących się na portalach: „Menedżera Zdrowia” oraz [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

**Zapisz się do odbiorców tematycznych newsletterów Termedii:** [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl), [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), tel./faks +48 61 656 22 00

\* \* \*

Serdecznie zapraszamy do udziału w XV Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy, która odbędzie się w dniach 21-26 maja 2017 r. w Klubie Lekarzy w Łodzi.

Na coroczną, Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza już po raz piętnasty, także w maju - kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisaży.

Koleżanki i Kolegów lekarzy zainteresowanych udziałem w Wystawie prosimy o dostarczenie swych dzieł do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) do 8 maja br.

Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach oraz opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie 2 prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Kontynuując tradycję zapoczątkowaną podczas wcześniejszych edycji Wystawy planujemy przeprowadzenie konkursu, w którym prace oceni jury złożone z trójki profesjonalistów.

Wernisaż Wystawy odbędzie się 21 maja 2017 roku (niedziela) o godzinie 17.00 w Klubie Lekarzy w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a Wystawa potrwa do 26 maja br.

Serdecznie zapraszamy Autorów i Wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy. Kontakt: Iwona Szelewa, tel. 42/683-17-01, fax. 42/683-13-78, adres internetowy: [biuro@oil.lodz.pl](mailto:biuro@oil.lodz.pl)

\* \* \*

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku zaprasza na **VIII Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy w klasie Puck**.

- **Termin i miejsce regat:** 27-28 maja 2017 r. (sobota, niedziela) – Zatoka Pucka
- **Organizator:** Komisja Kultury Sportu i Rekreacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku
- **Współorganizator:** Harcerski Ośrodek Morski
- **Biuro regat:** Harcerski Ośrodek Morski 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1, tel. 58/673-21-50, [hom@hompuck.org](mailto:hom@hompuck.org)
- **Informacji udziela** Marcin Szczęśniak tel. 603-696-160 – organizator regat lub Sławomir Dębicki

501-674-698, 58/673-21-50 sprawy techniczne – Komendant HOM

- **Zgłoszenia do regat:** do dnia 10 maja 2017 r. Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku - wyłącznie mailowo [oil@oilgdansk.pl](mailto:oil@oilgdansk.pl); druk zgłoszenia do regat do pobrania ze strony [www.oilgdansk.pl](http://www.oilgdansk.pl) zakładka „Po pracy – Wydarzenia Kulturalne i Sportowe” (należy wypełnić, zeskanować i wraz z zeskanowanym potwierdzeniem wpłaty wpisowego na konto HOM przesłać na adres mailowy [oil@oilgdansk.pl](mailto:oil@oilgdansk.pl)); ilość miejsc jest ograniczona (25 załóg) - decyduje kolejność zgłoszeń
- **Wymagania od uczestników:**
  - liczba członków załogi – 3 lub 4 osoby (w tym minimum 2 lekarzy),
  - prowadzący jednostkę minimum w stopniu żeglarsza jachtowego (musi być lekarzem),
  - znajomość przepisów PZZ, przepisów Regatowych, przestrzeganie instrukcji żeglugi, umiejętność pływania
- **Sposób prowadzenie regat:** przewiduje się rozegranie 5 wyścigów w sobotę 27.05.17 r. i 4 wyścigów w niedzielę 28.V.17 r. - szczegóły poda Sędzia Główny w instrukcji żeglugi i komunikacie sędziowskim; regaty zostaną uznane za ważne przy rozegraniu min. 2 wyścigów.
- **Informacje organizacyjne:** wpisowe do regat **150 zł/osoba**, płatne na konto: Bank PKO SA **11-1240-5400-1111-0010-6457-8713** (Uwaga!!! Nowy numer rachunku bankowego HOM w Pucku), HOM, 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1, tytuł wpłaty - VIII Regaty Lekarzy – pobyt w HOM, imię i nazwisko uczestników.
- **W ramach wpisowego organizator zapewnia:**
  - wyżywienie od śniadania 27 maja do obiadu 28 maja 2017 r.
  - zakwaterowanie 26-28.V.17r. (w zgłoszeniu proszę podać ile osób i z ilu noclegów będziecie Państwo korzystać – piątek/sobota, sobota/niedziela). **Uwaga !!! Nie rezerwujecie Państwo noclegów w trakcie trwania regat indywidualnie w HOM w Pucku**
  - ubezpieczenie NW uczestników



- o łódzie do regat oraz kamizelki asekuracyjne dla uczestników regat
- o nagrody dla uczestników

Informacje o regatach i łodzi PUCK na stronie [www.klasapuck.org](http://www.klasapuck.org)

\* \* \*

## WYDZIAŁ STOMATOLOGICZNY GDAŃSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W LATACH 1987-1992

Z okazji 25 rocznicy uzyskania dyplomu lekarza stomatologa, dnia 11 listopada 2017 r. w ZAMKU GNIEW odbędzie się spotkanie. Zjazd obejmuje:

- uroczystą kolację z atrakcjami,
- nocleg w hotelu ze śniadaniem.

Koszt 350,00 PLN od osoby (mile widziane osoby towarzyszące). Wpłaty prosimy kierować na konto: Bank Zachodni WBK S.A. 1 Oddział w Toruniu nr 41 1090 1506 0000 0001 3411 1058. Termin zgłoszeń i wpłat do 30.06.2017 r.

Koleżanki i Koledzy, jeżeli posiadacie zdjęcia z okresu studiów, prosimy o przesłanie ich na adres e-mail: [amgstomgniew@o2.pl](mailto:amgstomgniew@o2.pl). Dodatkowe informacje: Piotr Skrzat 601-680-626, Dorota Skrzat 603-944-468.

\* \* \*

## Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Opolu poszukuje kandydata na stanowisko Inspektora Kontroli/Starszy Inspektor Kontroli/Specjalista/Głównego Specjalisty w Wydziale Kontroli (lekarz), w Sekcji ds. Realizacji Kontroli.

Osoby zainteresowane pracą prosimy o składanie dokumentów aplikacyjnych zgodnie z ogłoszeniem zamieszczonym na stronie OOW NFZ nr 16/2017 – <http://www.nfz-opole.pl/o-oddziale/rekrutacja/ogloszenie-o-naborze-pracownikow-nr-162017-w-toku,196.html>

\* \* \*

## Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Opolu poszukuje kandydata - lekarza (preferowana specjalizacja: kardiolog) na stanowisko Głównego Specjalisty w Wydziale Kontroli w Sekcji ds. Realizacji Kontroli – 1 osoba.

Osoby zainteresowane pracą prosimy o składanie dokumentów aplikacyjnych zgodnie z ogłoszeniem zamieszczonym na stronie OOW NFZ nr 15/2017

– <http://www.nfz-opole.pl/o-oddziale/rekrutacja/ogloszenie-o-naborze-pracownikow-nr-152017-w-toku,194.html>

\* \* \*

## PS ZOZ WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE W OPOLU - lider branży medycznej, realizujący wysokospecjalistyczne usługi medyczne o ugruntowanej pozycji na rynku polskim, zatrudni:

**lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii** na stanowisko starszego asystenta Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Noworodków.

Oddział dysponuje 13 stanowiskami intensywnej terapii wyposażonymi w nowoczesny sprzęt i wchodzi w skład wieloprofilowego szpitala, posiadającego w swoich strukturach m.in. Oddział Chirurgii Dziecięcej, zajmujący się także chirurgią noworodka.

Dysponujemy wyposażeniem odpowiadającym wymagom nowoczesnego oddziału intensywnej terapii. Istnieje możliwość pracy zarówno w oddziale jak i na bloku operacyjnym.

### Od kandydatów oczekujemy:

- specjalizacja z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii
- aktualne prawo wykonywania zawodu
- zaangażowanie i odpowiedzialność w codziennej pracy zawodowej
- wysokie wartości etyczno-moralne i społeczne

### Oferujemy:

- możliwość stałego rozwoju kompetencji zawodowych
- rozbudowany pakiet socjalny
- komfortowe warunki pracy w prężnie rozwijającej się placówce
- stabilne zatrudnienie
- atrakcyjne wynagrodzenie
- możliwość uczestniczenia w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych

Pytania i oferty (CV, list motywacyjny, zgoda na przetwarzanie danych osobowych) proszę kierować na adres: PS ZOZ WCM w Opolu, Al. Witosa 26, 45-418 Opole, tel. 77/45-20-732, 77/45-20-734, 77/45-20-

125, 77/45-20-134 lub na adres e-mail: [rekrutacja@wcm.opole.pl](mailto:rekrutacja@wcm.opole.pl)

\* \* \*

Jedyny gabinet stomatologiczny w Bogacicy koło Kluczborka podejmuje współpracę z lekarzem stomatologiem. Pacjenci w ramach NFZ oraz prywatnie, bardzo dobre warunki płacowe. Grafik oraz warunki współpracy do uzgodnienia. Tel. 604-500-967.

\* \* \*

**ZUS Oddział w Opolu** ogłasza **nabór na stanowiska lekarzy orzeczników** - praca w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy. Szczegóły na stronie [www.zus.pl](http://www.zus.pl) / Praca w ZUS.

\* \* \*

**NZOZ w Dobrzemiu Wielkim** zatrudni lekarza stomatologa do pracy w pełnym wymiarze godzin. Warunki do uzgodnienia. Informacja pod numerem tel. 600-380-759.

\* \* \*

**NZOZ w Dobrzemiu Wielkim** podejmuje współpracę z lekarzem dermatologiem w celu wykonywania zabiegów z medycyny estetycznej. Warunki do uzgodnienia. Informacja pod numerem tel. 600-380-759.

\* \* \*

## OPOLSKA IZBA LEKARSKA

- **Biuro:** tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, [opole@hipokrates.org](mailto:opole@hipokrates.org)  
czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek 7:30 – 15:30; środa 7:30 – 16:00; piątek 7:30 – 15:00
- **Rejestr Lekarzy:** [opole.rejestr@hipokrates.org](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)
- **Praktyki Prywatne:** [opole.praktyki@hipokrates.org](mailto:opole.praktyki@hipokrates.org)
- **Składki:** [opole.skladki@hipokrates.org](mailto:opole.skladki@hipokrates.org)
- **Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:** tel. 77/453-75-72; [opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)
- **Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:** tel. 77/454-85-75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)



Fundacja Lekarze Lekarzom znajduje się w wykazie organizacji pożytku publicznego uprawnionych do otrzymania 1% podatku dochodowego od osób fizycznych za rok 2016.

Procedura przekazania 1% podatku jest wyjątkowo prosta, wystarczy że w składanym zeznaniu rocznym wskażemy organizację pożytku publicznego, którą chcemy wesprzeć. Należy tylko wpisać w konkretnej rubryce numer KRS oraz kwotę, jaką przekazujemy Fundacji.

Prezes Fundacji  
Mariusz Janikowski

ul. Sobieskiego 110; 00-764 Warszawa  
e-mail: [fundacja@hipokrates.org](mailto:fundacja@hipokrates.org)  
[www.fll.nil.org.pl](http://www.fll.nil.org.pl)

**Nr KRS Fundacji Lekarze Lekarzom: 0000409693**  
**Przeznacz 1% podatku Fundacji Lekarze Lekarzom**

## BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

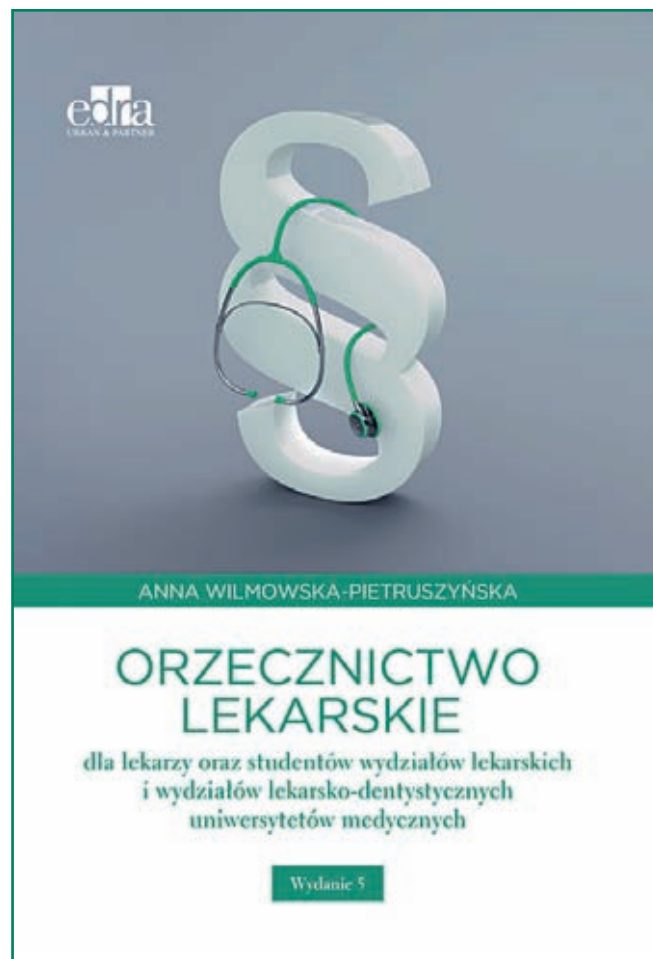
WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl); nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

- Edra Urban & Partner Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
- Zamówienia: [ksiegarnia@edraurban.pl](mailto:ksiegarnia@edraurban.pl) • tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86



\* \* \*

**Stany nagłe w geriatricii;** E. Losman, A. MacLulich, B. Johnston, S. Turpin, I. Murdoch; red. T. Kostka; rok wydania: 2017;

ISBN: 978-83-65625-32-8, format: 170 x 240, opr. broszurowa, 308 str., cena: 94.40 zł

Zmieniająca się demografia naszej populacji stanowi niezwykle hołd składany osiągnięciom współczesnej medycyny. Zmianom tym towarzyszą jednak coraz bardziej złożone wyzwania. Jak opiekować się słabym, starszym pacjentem cierpiącym na wiele chorób współistniejących w środowisku nastawionym na leczenie schorzeń pojedynczych narządów oraz na szybki wypis ze szpitala? Jak porządkować liczne istotne informacje na temat leków stosowanych przez pacjenta, jak właściwie oceniać jego potrzeby w dziedzinie kontaktów społecznych i opieki, działając pod presją czasu ze świadomością, że w kolejce po poradę czeka bardzo wiele osób? Jak można efektywnie, lecz bezpiecznie zbadać osobę w podeszłym wieku z wieloma aktywnymi i nieaktywnymi dolegliwościami?

Książka *Stany nagłe w geriatricii* jest przydatnym źródłem informacji dla wszystkich lekarzy, którzy w swojej praktyce niosą pomoc pacjentom w starszym wieku. Wiele spośród opisywanych w niej sytuacji ma miejsce nie tylko na SOR, lecz także na oddziałach specjalistycznych, ogólnych i chirurgicznych.

**Orzecznictwo lekarskie** dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich i wydziałów lekarsko-dentystycznych uniwersytetów medycznych

A. Wilmowska-Pietruszyńska

wyd. V; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-08-3, format: 165 x 235, opr. broszurowa, 151 str. cena: 53.10 zł

Książka skierowana jest do lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich i stomatologicznych. Jest to V wydanie monografii dotyczącej orzecznictwa lekarskiego, poszerzone o dodatkowe informacje m.in. z zakresu ubezpieczeń społecznych rolników, renty socjalnej, a także świadczeń rentowych dla żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy MSWiA. Ponadto pozycja zawiera najnowsze podstawy prawne i rozstrzygnięcia terminologiczne, wykaz chorób zawodowych jak również zasady i kryteria przyznawania świadczeń z tytułu ubezpieczeń społecznych, rent, zasiłków, odszkodowań i rehabilitacji leczniczej.



# Lekarzu wypocznij!

Zaplanuj swój urlop w Grecji  
na weekend majowy lub wakacje

Czekają na Ciebie kreteńskie plaże już w 2,5 godziny lotu z Polski



Nelmare sp. z o.o.  
ul. Walońska 9/2  
50-413 Wrocław  
kontakt@nelmare.pl

[www.nelmare.pl](http://www.nelmare.pl)

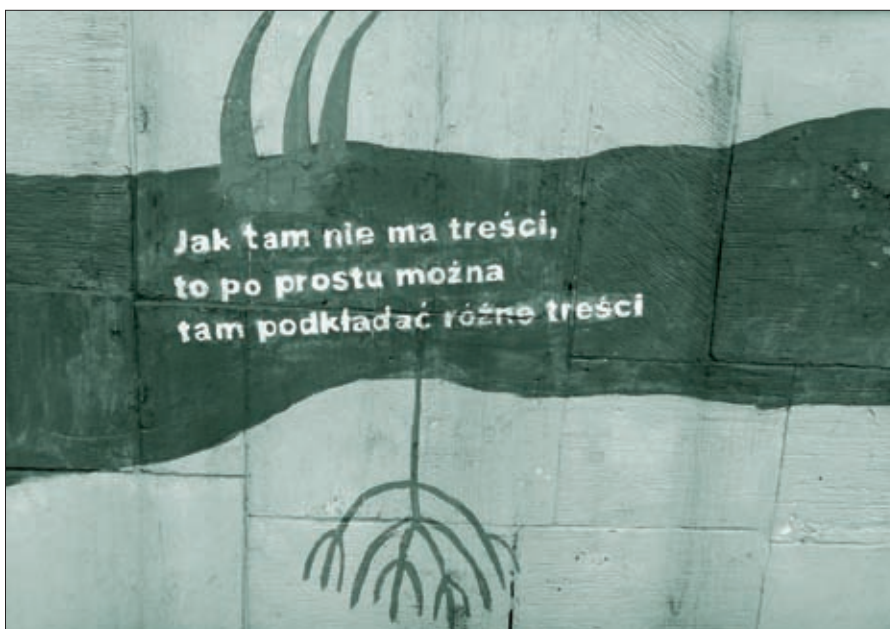
☎ 801 020 440  
z telefonów stacjonarnych

☎ 71 728 14 14  
z telefonów komórkowych



FotOptyk

Tymczasem  
w Toruniu  
nad Wisłą...



Fot. Alfred Polok