

Gazeta Lekarska

) P I S M O I Z B L E K A R S K I C H



SIEĆ CORAZ bliżej

REPORTAŻ

Zabójczy wdech

O tym, że jest źle, mówią raporty.
Smog zabija coraz częściej.

PRAKTYKA LEKARSKA

Dieta kontra rak

Codziennie dokonujemy ważnych
wyborów, także w kuchni.

STUKOT BIAŁYCH TREPÓW

Proszę poczekać

Mimo miazdzącej diagnozy były
we mnie olbrzymie pokłady wiary.

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Zmiany, zmiany...
- 6 **Pierwszym głosem** M. Hamankiewicz:
W trosce o jakość i bezpieczeństwo
- 7 **Skrining**
- 10 **Obserwacje** S. Badurek: Wzorce
- 12 **Temat miesiąca:** Sieć coraz bliżej
- 15 **Nasi w Europie** A. Lella:
Wobec oporności na antybiotyki
- 16 **Rozmowa o zdrowiu:** Od wideł do widelca
- 20 **Samorząd:** Meritus Pro Medicis 2011
- 21 **Wybory 2017/2018**
- 22 **Zgryz** L. Dudziński: Zbadano stomatologów
- 24 **Stomatologia:** Chcemy kształcenie
podnosić na wyższy poziom
- 26 Raport z badania „Stomatolodzy 2016”
- 28 2 x 2 x 2
- 29 **Punkt widzenia** J. Małmyga:
Zagubieni w ciemnościach
- 30 **Prawo i medycyna:** System IMI
- 32 Apteki a przepisy, leki i lekarze
- 34 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Ortopeda
- 35 Gdy uchwalano KEL
- 36 **Lekarskie towarzystwa naukowe:**
Hipertensjologia to odrębna specjalność
- 38 **Biuletyn**
- 48 **Nauka w skrócie**
- 49 **Reportaż:** Zabójczy wdech
- 52 **Stukot białych trepów:** Proszę poczekać
- 54 **Polskie innowacje:** Pionierski przeszczep dłoni
- 55 **Praktyka lekarska:** Dieta kontra rak
- 58 Gdy nie chce się żyć
- 60 **Wytyczne praktyki lekarskiej:**
Nie panaceum, ale solidna wiedza
- 62 **List do redakcji:** Koniec tajemnicy lekarskiej?
- 63 **Wspomnienie:** Pani Profesor
Izabela Płaneta-Malecka - moja Szefowa
- 64 **Historia i medycyna:** Akuszerka
- 66 **Indeks korzyści:** Dr Jekyll i Mr Hyde
- 68 **Zeszceny** A. Andrus: Jan bez skazy
- 69 **Kultura:** Kraina jaśminów
- 70 **Błąd malarski:** O ślepcach
- 72 **Kultura**
- Nasza czytelnia**
- 74 **Sport**
- 75 **Ogłoszenia**
- 80 **Komunikaty**
- 81 **Epikryza [67]** J. Wanecki:
Nie ma ciała, nie ma zbrodni
- 82 **Jolka lekarska**



58

Gdy nie chce
się żyć

52

Proszę
poczekać

55

Dieta
kontra rakWIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

REJESTRY MEDYCZNE

Projekt założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta przewiduje m.in. tworzenie i prowadzenie rejestrów medycznych.

REZYDENTURY

Na najbliższe postępowanie kwalifikacyjne (wiosna 2017 r.) na specjalizacje lekarskie przyznano 1856 rezydentur (w tym 915 w dziedzinach priorytetowych).

Zmiany, zmiany...

Z przyjemnością informuję, że poprzedni numer „Gazety Lekarskiej” spotkał się z bardzo pozytywną oceną. Takiej ilości telefonów, SMS-ów i maili z gratulacjami i pochwałami nie dostałem w ciągu sześcioletniego szefowania. Głównym „sprawcą” tych reakcji było zdjęcie na okładce.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Naszym czytelnikom spodobała się także nowa szata graficzna pisma. Tym wszystkim, którzy informowali nas o swojej opinii, serdecznie dziękuję i w imieniu redakcji obiecuję, że postaramy się utrzymywać wysoki poziom w kolejnych numerach.

Sprawy graficzne są ważne, ale oczywiście najważniejsza jest zawartość merytoryczna. O tym, co powinno być na naszych łamach, czytamy w listach. Niestety nie jesteśmy w stanie publikować wszystkich, które otrzymujemy. Te, które uznajemy za ważne, a które dotarły do nas po zamknięciu numeru, publikujemy w naszym portalu internetowym. Tak jest z listem Pana Prof. Andrzeja Grzybowskiiego w sprawie zagrożeń, jakie mogą przynieść zmiany w funkcjonowaniu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wiemy, że czekają nas, a przede wszystkim pacjenci, zmiany we wszystkich rodzajach opieki zdrowotnej: w POZ, w szpitalnictwie, a także w AOS. Wierzę, że zamiarem osób odpowiedzialnych za obecne przemiany w ochronie zdrowia jest kompleksowa poprawa dostępności i jakości opieki medycznej, ale skala zmian musi budzić wątpliwości co do skuteczności naprawy. Obym się mylił.

Jednym z tematów, podnoszonych w licznych listach czytelników, jest wszechobecność reklamy substancji, które mają mieć pozytywny wpływ na zdrowie i samopoczucie

człowieka. Lekarze oczekują od Naczelnej Rady Lekarskiej skutecznych działań, mających to zjawisko ograniczyć. Oczywiście NRL czyni starania w tej sprawie, ale nie jest to działanie łatwe. Jesteśmy uczestnikami burzliwej dyskusji na temat suplementów diety. Najbardziej bulwersującą sprawą jest udział w reklamach osób pokazywanych i przedstawianych jako lekarze. Taka reklama ma uwiarygodnić skuteczność preparatu, bo skoro urocza Pani Doktor sama to bierze... Od jednego z naszych czytelników otrzymałem egzemplarz „Gazety Olsztyńskiej” z dużą reklamą pod tytułem: „Cud uzdrawiania”. Podzielałem oburzenie Pana Doktora co do oszukańczej treści tej reklamy. Włosy na głowie podnosi stwierdzenie, że ktoś w 1,5 godziny „skleił” złamany w wypadku kręgosłup! Redakcja pisma pewnie zasłoni się faktem, że za treść reklamy nie ponosi odpowiedzialności. Pamiętam, że w łódzkiej izbie lekarskiej po tego typu anonsach prasowych składaliśmy doniesienie do prokuratury o popełnieniu przestępstwa. Często odnosiło to pozytywny skutek.

„Gazeta Lekarska” jest miesięcznikiem, ale staramy się na bieżąco informować Państwa o nadchodzących wydarzeniach. Procesy legislacyjne będą teraz tak prędko, że nie jest to proste. Przykładem mogą być projekty ustaw zmieniające system ochrony zdrowia w Polsce. Tematem tego numeru miały być przemiany w Narodowym Funduszu Zdrowia, ale uznaliśmy, że bliżej realizacji są regulacje związane z tworzeniem sieci szpitali. ☺

MIGAWKA

> 1 lutego w Senacie RP otwarto wystawę „Doktor Władysław Biegański – życie i dzieło”, inaugurując tym samym obchody 100-lecia śmierci tego wybitnego współtwórcy deontologii lekarskiej.



FOTO: MARTA JAKUBIAK

Ochrona danych osobowych 2017

Ostatnio znów dużo mówi się o problemach związanych z ochroną danych osobowych w gabinetach i przychodniach lekarskich.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

To efekt zapowiedzi Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych odnośnie sektorowych kontroli w przychodniach i poradniach lekarskich publicznych i niepublicznych oraz wejściem w życie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), które zastosowanie znajdzie od 25 maja 2018 r.

Zgodnie z informacją opublikowaną na stronie internetowej GIODO kontrole placówek medycznych mają być prowadzone w zakresie przetwarzania danych osobowych w związku z rejestracją pacjentów, ze szczególnym naciskiem na problem konieczności podawania przez pacjentów, w obecności innych osób, danych osobowych wymaganych podczas rejestracji w tych placówkach i zastosowane środki techniczne i organizacyjne w celu ich zabezpieczenia.

Nowe rozporządzenie unijne zastępuje przepisy krajowe i zasadniczo zmienia podejście do ochrony danych osobowych. Weszło w życie 25 maja 2016 r., a 25 maja 2018 r. trzeba będzie wykazać, że zastosowano się do jego przepisów.

Rozporządzenie w sposób szeroki traktuje dane dotyczące zdrowia, obejmując tym pojęciem kategorie wskazywane dotąd w orzecznictwie czy piśmiennictwie prawniczym (dane o stanie zdrowia osoby niezależnie od ich źródła, którym może być lekarz, pracownik służby zdrowia, szpital, urządzenie medyczne). Dane medyczne będą mogły być przetwarzane do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej jeżeli dokonywane to będzie przez – lub na odpowiedzial-

ność – pracownika podlegającego obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej z mocy prawa UE lub krajowego lub ustanowionego przez inną osobę podlegającą obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej.

Odpadnie obowiązek tworzenia sformalizowanej dokumentacji czy sztywnych wymogów technicznych co do zabezpieczeń, ale każdy podmiot będzie musiał wykazać, że stosuje skuteczne sposoby zabezpieczenia danych, co może nastąpić przez wylegitymowanie się odpowiednim certyfikatem. Zakres obowiązków administratorów i sposobów zabezpieczenia przez nich danych ma być odpowiedni do ryzyka związanego z przetwarzaniem przez nich danych, co oznacza, że będą one najszerze w przypadku danych medycznych.

Zniknie funkcja administratora bezpieczeństwa informacji, ale podmioty lecznicze przetwarzające dane osobowe na dużą skalę będą miały obowiązek powołania inspektora ochrony danych (DPO). Z motywów wprowadzenia rozporządzenia wynika, że za dużą skalę nie będzie uznawane przetwarzanie danych pacjentów dokonywane przez pojedynczego lekarza. W innych przypadkach pojęcie to pozostaje niedoprecyzowane. Ale powołanie takiego inspektora nie zdejmuje odpowiedzialności z administratora danych za prawidłowe ich zabezpieczenie. Osoba taka będzie musiała posiadać odpowiednie do funkcji wiedzę i doświadczenie, przy czym nie musi być pracownikiem tego podmiotu – usługi takie może świadczyć podmiot zewnętrzny.

Obowiązkiem przetwarzającego dane będzie rejestrowanie czynności przetwarzania danych oraz zgłaszanie naruszeń ochrony danych organowi nadzorującemu (GIODO). Pojawiły się też nowe uprawnienia pacjentów – do bycia zapomnianym, do przenoszenia danych, do pseudonimizacji, do niepodlegania profilowaniu.

Rozporządzenie wprowadza także wysokie kary za naruszenie jego przepisów, sięgające 20 mln euro lub 4 proc. rocznego obrotu. 



Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

W trosce o jakość i bezpieczeństwo

Od mieszania herbata nie staje się słodsza – tak mówił kiedyś Konstanty Radziwiłł, zanim został ministrem zdrowia. Teraz też się nie stanie. Co więcej, nie wszyscy będą mogli napić się z tej samej szklanki.

Jeśli bowiem pojawi się sieć, to wraz z nią nastąpi niezdefiniowana rejonizacja. Szpital podlegający pod powiat, który dostanie się do sieci, będzie przyjmował pacjentów ze swojego terenu, bo jak nie, to swoje słowo wypowie niezadowolony samorząd terytorialny, który... no cóż... będzie miał rację. Bo dlaczego płacić za leczenie kogoś, kto na danym terenie nie mieszka? Chyba, że na tych pacjentów znajdzie się dodatkowy pieniądź, czyli że drgnie coś w duszy Pani Premier, Pana Ministra i zaczną zapelniać naszą narodową dziurę zdrowotną publicznymi środkami osiagającymi przynajmniej 6% PKB, do czego po raz kolejny wzywam. I wtedy może nie będzie trzeba mieszać i będzie można zaprosić na herbatę wszystkich pacjentów. Abstrahując od tego, że w chaosie, bo sieć przyniesie chaos.

Każdy z nas ma na co dzień do czynienia z jakimś rejestrem, na przykład: rejestrem ostrych zespołów wieńcowych, rejestrem nowotworów, rejestrem udarów mózgu, rejestrem nowotworów niezłośliwych dużych gruczołów ślinowych, rejestrem zakażeń szpitalnych itd. Niektóre szpitale utworzyły z własnej woli też wewnętrzne rejestry zdarzeń niepożądanych. Teraz w Ministerstwie Zdrowia powstały założenia do nowego projektu ustawy, która w swojej nazwie ma „bezpieczeństwo” i „jakość”, i te rejestry obejmie paragrafami. Niewątpliwie na terenie każdego szpitala winna być skrupulatnie analizowana każda sytuacja, która potencjalnie mogłaby skutkować zdarzeniem niepożądanym. Kluczowy problem, jaki pojawi się do rozstrzygnięcia przez ustawodawców, to ten, jak skonstruować ustawę, by zgłaszający zdarzenie niepożądane z tego tytułu nie ponosił konsekwencji. Bo z jednej strony należy się zgłaszającemu taki status, ale z drugiej strony – samo zgłoszenie nie może zwalniać z odpowiedzialności za winy umyślne. Bez względu na to, jaki kształt przyjmie ta ustawa, w innych aspektach przede wszystkim chodzi o to, by rejestry nie zostały potraktowane jako miejsca samooskarżeń i samokrytyki, jakie w historii miały już miejsce w nieciekawych dla nas czasach.

Obawę może budzić też tworzenie, w przywołanych wyżej założeniach do nowej ustawy, kolejnej centralnej

instytucji, która ma być ponoć niewielka, bo 70-osobowa, i do tego ponoć nierodząca skutków finansowych dla systemu, ale ujmując plany całościowo, bez wdawania się w szczegóły widać, że koszty będą i to znaczne. Poniesie je podmiot udzielający świadczeń, a zgodnie z dotychczasową praktyką poniosą go lekarze, którym zostaną narzucone kolejne obowiązki i pacjenci, którym czas z lekarzami zostanie odebrany i pożarty przez czas poświęcany na kolejne sprawozdawanie komuś czegoś. W końcowym efekcie hucznie ogłaszana jakość, zamiast się poprawiać, spadnie.

Z napływających informacji – co prawda nieformalnych, ale zaryzykuję radością – wynika, że ministerstwo przeanalizowało postulaty samorządu lekarskiego dotyczące państwowego ratownictwa medycznego i prawdopodobnie szereg z nich zaakceptuje. Próba wyeliminowania lekarzy z systemu ratownictwa nie była dobrym rozwiązaniem i dobrze, że się z tego wycofano. Cieszą mnie zapowiedzi, że lekarze ze specjalizacją medycyna ratunkowa – a jest ich prawie tysiąc – zostaną w karetkach. Dobrze byłoby, aby dla lekarzy nieposiadających tej specjalizacji skrócono okres przystosowawczy. I wreszcie – kwestia stwierdzania zgonu. Ta czynność jest chyba najtrudniejsza w wykonywaniu naszego zawodu.

W ostatnim czasie w mediach pojawiły się materiały o polskich lekarzach, którzy wyjechali za granicę, tam fałszowali dokumenty lub popełniali przestępstwa, po czym wracali do Polski i podejmowali bez problemu pracę. Polscy pracodawcy zatrudniali ich, bo przecież znalezienie lekarza jest trudne, a tym bardziej, jeśli jest to lekarz specjalista. Od niedawna Polska dołączyła do systemu ostrzegania IMI i o polskich lekarzach pracujących za granicą wiemy coraz więcej. Apeluję jednak do lekarzy będących pracodawcami: sprawdzajcie dokładnie w Centralnym Rejestrze Lekarzy kandydata do pracy, czy posiada specjalizację i do jakiej należy izby lekarskiej, czy jest zarejestrowany na terenie tej izby, gdzie stara się o pracę. Jeśli cokolwiek wzbudzi Wasze wątpliwości, zgłoście to do izb lekarskich. ☺



Medycyna estetyczna

Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało na apel Naczelnej Rady Lekarskiej o podjęcie prac legislacyjnych mających na celu uregulowanie zasad udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej.

NRL podkreślała w swoim apelu, że uznanie zabiegów medycyny estetycznej za działalność, która może być wykonywana tylko przez osoby posiadające prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty zapewni pacjentom możliwość korzystania z bezpiecznych i opartych na aktualnej wiedzy medycznej świadczeń medycyny estetycznej. Ministerstwo zaznaczyło, że zostaną podjęte stosowne działania w kierunku zastanowienia się nad zmianą definicji świadczenia zdrowotnego i po dokonaniu uzgodnień mię-

dzyresortowych oraz analizy prawnej w omawianym zakresie zostaną podjęte stosowne działania. Ministerstwo podkreśliło, że „absolwenci kierunku lekarskiego w procesie kształcenia przeddyplomowego są w szerokim zakresie przygotowywani do działań związanych ze znajomością procesów zachodzących w organizmie, użyciem leków, naruszeniem ciągłości tkanek, wystąpieniem objawów niepożądanych i interakcji, a także w zakresie postępowania w nagłym zagrożeniu zdrowotnym. W dalszej kolejności szczegółowa wiedza i umiejętności nabywane są w drodze szkolenia specjalizacyjnego, w szczególności pogłębiane są one w procesie odbywania specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej”. ○



Lekarze Posłowie i Senatorowie RP dali przykład

26 stycznia 2017 r. Posłowie i Senatorowie RP będący lekarzami dołączyli do grupy lekarzy w Naczelnej Izbie Lekarskiej, którzy poddali się szczepieniom przeciwko pneumokokom.

W ten sposób wsparli apel Naczelnej Rady Lekarskiej do lekarzy i lekarzy dentystów o podejmowanie działań proszczepien-

nych, a w szczególności poddawanie siebie szczepieniom ochronnym. Zaszczepili się: Poseł Beata Małecka-Libera, Marszałek Senatu RP Stanisław Karczewski, Wicemarszałek Senatu RP Grzegorz Czelej, Senator RP Rafał Ślusarz, Poseł na Sejm RP Marek Hok. ○



▲ Posłowie i Senatorowie poddali się szczepieniom przeciwko pneumokokom.



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy
Naczelnej Izby
Lekarskiej



Poprawić jakość powietrza!

Prezydium NRL zaapelowało do Prezesa Rady Ministrów o pilne podjęcie skoordynowanych, międzyresortowych działań zmierzających do poprawy jakości powietrza w Polsce.

Wskazało, że zjawisko smogu, czy szerzej – przekroczenie dopuszczalnych norm jakości powietrza stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia mieszkańców. Podkreślono też istnienie dowodów naukowych z bardzo licznych badań dobrej jakości, które przeprowadzono na świecie, że stopień zanieczyszczenia powietrza jest przyczyną zwiększonej śmiertelności i rozwoju chorób sercowo-naczyniowych oraz chorób układu oddechowego. „Okresy nagłego pogorszenia jakości powietrza przyczyniają się do zwiększonej zapadalności na ostre epizody wieńcowe, w tym zawały serca, udary mózgu. W tym okresie częściej występują incydenty niewydolności serca, napady migotania przedsionków i arytmii komorowych, a przychodnie udzielają znacznie więcej porad zgłaszającym się chorym. Wiadomo, że do czynników przyczyniających się do występowania zdarzeń ze strony układu krążenia należą: tlenki azotu pochodzące m.in. z silników samochodowych, dwutlenek siarki pochodzący m.in. ze spalania węgla kamiennego, tlenek węgla powstający na skutek spalania paliw kopalnych oraz pracy silników spalinowych oraz pyły zawieszone, pochodzące z działalności przemysłowej oraz spalin samochodowych” – czytamy w apelu do premier Beaty Szydło. Więcej o badaniach dotyczących smogu w reportażu na str. 49. ○

» Jaka interna?

Maleje zainteresowanie młodych lekarzy kształceniem specjalizacyjnym w dziedzinie chorób wewnętrznych, które wynika ze zjawisk, takich jak malejąca liczba oddziałów chorób wewnętrznych, ograniczenie możliwości wykonywania zawodu w podstawowej opiece zdrowotnej i coraz większa fragmentacja opieki medycznej niepozostawiająca miejsca na świadczenia internistyczne – stwierdziło Prezydium NRL w apelu do Ministra Zdrowia w sprawie lekarzy chorób wewnętrznych. Wskazało, że działaniem, które mogłoby zapobiec temu niekorzystnemu trendowi byłoby uznanie chorób wewnętrznych za priorytetową dziedzinę medycyny i zapewnienie odpowiedniej liczby rezydentur dla lekarzy odbywających specjalizację z chorób wewnętrznych. Konieczne zdaniem Prezydium NRL byłoby ponowne przeanalizowanie, jakie miejsce w systemie opieki zdrowotnej powinny zajmować placówki udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu chorób wewnętrznych i jak właściwie wykorzystywać wiedzę i umiejętności lekarzy tej specjalności. ☺

» O stomatologii w MZ

Na początku roku przedstawiano Ministrowi Zdrowia na odrębnych spotkaniach stanowiska samorządu w kwestiach stomatologicznych, w tym warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, prawa atomowego, wdrożenia spodziewanych regulacji unijnych w zakresie stosowania amalgamatu stomatologicznego. Więcej w informacjach bieżących w zakładce „Stomatologia” na www.nil.org.pl. ☺



◀ Prof. Ryszard Gryglewski odznaczony Orderem Orła Białego przez Prezydenta RP.

» Order Orła Białego

Prof. Ryszard Gryglewski został odznaczony najwyższym odznaczeniem Rzeczypospolitej Polskiej Orderem Orła Białego za osiągnię-

cia w pracy naukowo-badawczej, a także za zasługi dla rozwoju farmakologii i medycyny klinicznej. Był drugim lekarzem w ostatnim dziesięcioleciu, który otrzymał to odznaczenie. W 2008 r. wręczono je prof. Zbigniewowi Relidze. ☺

» NIL w kampanii #UdarLiczyszCzas

Naczelna Izba Lekarska zaangażowała się w kampanię edukacyjną #UdarLiczyszCzas, zorganizowaną przez Górnośląskie Centrum Medyczne w Katowicach.

Do zdjęć pozowali prezes NRL dr Maciej Hamankiewicz, wiceprezes NRL dr Zyta Kaźmierczak-Zagórska, skarbnik NRL dr Wojciech Marquardt, zastępca sekretarza NRL dr

Anna Lella, członkowie Prezydium NRL: dr Jolanta Szczurko, dr Stefan Sobczyński oraz dr Mariusz Malicki, a także Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dr Grzegorz Wrona i przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego dr Wojciech Łącki. Kampania ma na celu zwrócenie uwagi społeczeństwa na to, jak istotna jest umiejętność wczesnego rozpoznania objawów udaru mózgu. Organizatorzy akcji informują także o profilaktyce i zapobieganiu udarom mózgu, o metodach leczenia i rehabilitacji osób po udarze. ☺



II Kongres Wyzwań Zdrowotnych

Lekarze i lekarze dentyści mogą bezpłatnie rejestrować się na stronie: www.hccongress.pl.

Zapraszamy szczególnie do udziału w sesji poświęconej etyce lekarskiej, proponowanej przez Naczelną Izbę Lekarską, która odbędzie się 9 marca 2017 r. w godzinach 14.15-15.45. Tematy sesji: przyrzeczenie lekar-

skie wczoraj i dzisiaj; relacje lekarzy z przemysłem farmaceutycznym a etyka lekarska; tajemnica lekarska – czy może „jawnica”?; łamanie zasad etycznych i odpowiedzialność zawodowa lekarzy; konstytucyjna zasada wolności wypowiedzi i prawa do krytyki a art. 52 Kodeksu Etyki Lekarskiej. ☺

GL
PATRONAT

Wzorce

Trudno mi w to uwierzyć, ale niebawem minie 25 lat, odkąd rozpocząłem pracę jako lekarz. Wspominam o tym skromnym jubileuszu tylko dlatego, by pokłonić się dwóm wspaniałym lekarzom.



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Wywarli oni niebagatelny wpływ na moje zawodowe ćwierćwiecze, zaszkarbując sobie miano moich największych mistrzów. Pierwszego poznałem tuż po stażu podyplomowym. Pracowałem wówczas w Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Rozpoczęcie specjalizacji z interny w kierowanej przez profesora Bogdana Romańskiego Klinice Alergologii i Chorób Wewnętrznych stanowiło realizację moich marzeń jeszcze z czasów studenckich. Po rozmowie z profesorem Romańskim, który wskazał mi kierownika specjalizacji, nie zdawałem sobie sprawy, że oto los po raz kolejny się do mnie uśmiechnął.

Nie znałem wcześniej przydzielonego mi opiekuna i dopiero jakiś czas później uświadomiłem sobie, jak wielkim skarbem jest dla młodego lekarza życzliwy, dysponujący szeroką wiedzą, a przy tym obdarzony nadzwyczajną kulturą osobistą kierownik specjalizacji. Zdaję sobie sprawę, jak odległy to obraz od sztamowego wizerunku szefa specjalizacji, do którego chodzi się po pieczątki do książeczki i dla którego jest się wyłącznie balastem. Tymczasem doktor Andrzej Hoffmann, pod którego skrzydła trafiłem, nie tylko uosabiał wcześniej wymienione przymioty, ale też przejawiał zainteresowanie moim doskonaleniem zawodowym, dalece wykraczające poza wymuszone programem specjalizacji ramy. Bardzo lubiłem obserwować, jak mój doktor, wówczas 40-letni kardiolog, pracuje. Z podziwem i uznaniem patrzyłem, jak ustala leczenie, doradza innym lekarzom, analizuje ekagramy, a także rozmawia z pacjentami i ich bliskimi. Wspomniane rozmowy robiły na mnie szczególne wrażenie. Wiedza, kultura, takt. Wiedza, kultura, takt... Mógłbym powtórzyć po wielokroć, podsumowując każdą z nich. Są lekarze, którzy niezależnie od tytułów naukowych i specjalizacji, mają wielką klasę wpisaną w swoją osobowość. I taki właśnie był doktor Andrzej Hoffmann. Pamiętam, że na około pół roku przed moim pierwszym poważnym egzaminem zawodowym, czyli „jedyneką” z interny, doktor zaczął mnie zapraszać na odpytki. Zapraszał nie na dyżury, ale do domu, by w sobotnie przedpołudnia poświęcić mi tyle czasu, ile uznał za stosowne. Z reguły były to dwie, trzy godziny. Brał wtedy grubą zeszyt ze swoimi notatkami i wypytywał o najróżniejsze zagadnienia, wielokrotnie dopowiadając i porządkując moją wiedzę. Pamiętam, że kiedy podczas ostatniego spotkania

powiedział mi: „doktorze, umie pan, nie musi się pan obawiać egzaminu”, czułem ogromną satysfakcję i wielką ulgę...

Po „jedyńce” przenieśliśmy się do rodzinnego Torunia, gdzie czekała żona i nowe mieszkanie. Tu, na internie w szpitalu wojewódzkim, poznałem doktora Tadeusza Ładniaka. Kilkanaście lat starszy ode mnie był już wtedy uznanym internistą. Wyśmienity klinicysta z nadzwyczajną intuicją diagnostyczną, a przy tym człowiek ogromnej życzliwości, który nikomu nie odmawiał pomocy, niezależnie, czy zwrócił się o nią pacjent, ktoś z naszego zespołu, lekarz stażysta, pielęgniarka, salowa albo ktoś znany, kto nagle potrzebował porady dobrego doktora podczas służbowej wizyty w Toruniu. Nawiasem mówiąc, znanych postaci ze świata polityki, nauki i mediów przewinęło się przez ręce dra Ładniaka bez liku. Wiem coś o tym, bo przez lata dzieliłem z doktorem pokój lekarski. Podobnie jak w Bydgoszczy, miałem na wyciągnięcie ręki, skorego do pomocy, praktyka z najwyższej półki. Nie ustały przy tym moje kontakty z doktorem Hoffmannem. Od czasu do czasu telefonowaliśmy do siebie, wymienialiśmy maile i spotykaliśmy się na konferencjach. Podczas jednej z nich, nomen omen w Nicei, dowiedziałem się, jak wielkim znawcą wina był doktor Andrzej Hoffmann. Potrafił z pasją opowiadać o szczepach, winnicach i regionach winiarskich z całego świata oraz miał profesjonalną wiedzę na temat wpływu wina na zdrowie. Tym, czym dla doktora Hoffmanna była enologia, tym dla doktora Ładniaka polskie malarstwo XIX i XX w. To doktor Ładniak wyjaśniał mi zawilosci stylów i technik, opowiadał o wystawach, aukcjach i studiowanych fachowych wydawnictwach. Kolejnym iunctim tych niezwykłych postaci była pasja społecznikowska. Doktor Hoffmann był znanym w Bydgoszczy popularyzatorem rehabilitacji kardiologicznej. Przez wiele lat przewodniczył radzie bydgoskiej fundacji „Corda Cordis”, systematycznie prowadząc zajęcia dla pacjentów. O doktorze Ładniaku, w nocy biograficznej z okazji przyznania mu Nagrody Prezydenta Miasta Torunia za rok 2014, napisano: „Od wielu lat służy pomocą medyczną non profit dla ubogich i potrzebujących mieszkańców Torunia, zarówno osób indywidualnych, jak i w ramach zorganizowanych akcji”.

Nie ma już wśród nas moich mistrzów. Obydwa, choć dbali o własne zdrowie, na ile tylko pozwalała obciążająca praca w szpitalu, przegrali z ciężką chorobą, będąc u szczytu zawodowych możliwości. Doktor Andrzej Hoffmann zmarł 23.06.2012 r., a doktor Tadeusz Ładniak – 28.11.2016 r. Cześć Waszej Pamięci, Panowie Doktorzy! ○

Sieć coraz bliżej



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Rząd przyjął projekt ustawy o tzw. sieci szpitali, która ma zmienić system funkcjonowania szpitalnictwa w naszym kraju.

Termin wdrożenia projektu ustalono na 1 października 2017 r., a więc zmiany w funkcjonowaniu szpitali mają być wprowadzone już za kilka miesięcy. Co przyniosą? Resort zdrowia twierdzi, że poprawę sytuacji pacjenta, lepszą dostępność do specjalistów, lepszą opiekę.

Wiele środowisk uważa jednak, że przeciwnie – dojdzie do spiętrzenia trudności w uzyskaniu świadczeń medycznych, a nawet do paraliżu systemu. W założeniu sieć ma objąć świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, świadczenia wysokospecjalistyczne, nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, realizację programów lekowych i świadczenia z rehabilitacji leczniczej, a także z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) realizowane w przychodniach przy szpitalnych.

Finansowanie szpitali będzie oparte w znacznej mierze na ryczałcie obejmującym łącznie wszystkie profile, w ramach których świadczeniodawca udziela świadczeń w PSZ. Szpital zakwalifikowany do określonego poziomu będzie miał zagwarantowaną umowę z NFZ. Kontrakty na świadczenia nienależące do PSZ

NRL

zasygnalizowała, że tempo zmian dotyczących wprowadzenia sieci szpitali jest zbyt szybkie i powinno być poprzedzone pilotażem.

w dalszym ciągu będą zawierane na drodze postępowania konkursowego, a świadczeniodawcy, którzy nie zostaną zakwalifikowani do PSZ, będą mogli brać w nich udział.

LISTA OBAW I UWAG

Od początku projekt tzw. sieci szpitali budził kontrowersje zarówno wśród zarządzających szpitalami, jak i pracujących w nich lekarzy. Wiele zastrzeżeń do projektu ma również samorząd lekarski. Naczelna Rada Lekarska, która 13 stycznia 2017 r. zajęła stanowisko w sprawie tzw. sieci szpitali, wyraziła w nim stanowczy sprzeciw wobec trybu i formy wprowadzania zmian systemowych w ochronie zdrowia, zaznaczając jednocześnie, że zgłoszone uwagi do pierwotnej wersji projektu nie zostały uwzględnione, choć miały zasadnicze znaczenie. NRL obawia się, że radykalna zmiana zasad finansowania świadczeń oraz organizacji opieki szpitalnej, opieki specjalistycznej oraz nocnej i świątecznej pomocy, doprowadzi do chaosu oraz zmniejszenia dostępności do świadczeń, choć MZ zapewnia, że dostępność się poprawi.

Obawy dotyczą też zabezpieczenia środków na realizację projektu (zdaniem członków NRL trudno je będzie znaleźć w niedofinansowanym systemie) i braku urealnienia zakresu tzw. świadczeń gwarantowanych. Nie wiadomo też, jak będzie rozstrzygnięta sprawa placówek niepublicznych finansowanych ze środków publicznych spełniających istotną rolę w systemie leczenia (np. pracowni hemodynamiki czy stacji dializ). Obiekcje budzi również założenie, by ryczałtowo finansować

szpitale. W opinii samorządu lekarskiego to podziła demotywująca na świadczeniodawców. NRL zasygnalizowała, że tempo zmian dotyczących wprowadzenia sieci szpitali jest zbyt szybkie i powinno być poprzedzone pilotażem.

Z założeniami projektu samorząd lekarski zaczął zapoznawać się już rok temu i od początku był do niego nastawiony krytycznie. W maju minionego roku Krajowy Zjazd Lekarski jako najwyższa instancja podjął stanowiska, w których wyraźnie wypowiedział się, że bezcenną wartością jest konkurencyjność w ochronie zdrowia podmiotów świadczących usługi. – Niestety, tego głosu w projekcie nie uwzględniono – skomentował Maciej Hamankiewicz, prezes NRL, zaznaczając, że tak jak pacjentowi nie sprawia różnicy, czy leczy się w placówce publicznej czy prywatnej, tak samo dla lekarza nie ma znaczenia, czy pracuje w placówce tej pierwszej czy drugiej, jeśli zapewnione ma godziwe warunki pracy, a chorzy godziwe warunki leczenia. Swoje uwagi do projektu NRL wystosowała już w listopadzie minionego roku, ale nie zostały uwzględnione przez resort zdrowia.

WIELE NIEWIADOMYCH

Andrzej Mądrala, wiceprezydent Pracodawców RP reprezentujący również Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych twierdzi, że w Ministerstwie Zdrowia reaktywowany został zespół trójstronny składający się ze związkowców, pracodawców, przedstawicieli rządu i w ramach spotkań tego zespołu wielokrotnie podejmowany był temat sieci szpitali, ale rozmowy te nie

**CO DO ZMIANY FINANSOWANIA
TAKŻE MAJĄ WĄTPLIWOŚCI
MENEDŻEROWIE SZPITALI I EKSPERCI
W DZIEDZINIE ZARZĄDZANIA.**

przyniosły oczekiwanych rezultatów. – Nie rozwiąły naszych wątpliwości, nie uzyskaliśmy też odpowiedzi na najbardziej nurtujące pytania – powiedział A. Mądrała. Pracodawcy RP i związki zawodowe wiele też obiecywali sobie po styczniowym posiedzeniu Rady Dialogu Społecznego. Liczyli, że przygotowane przez nich dokumenty będą rozpatrzone i uwzględnione w korektach projektu, ale tak się nie stało.

– Mogę tylko nad tym ubolewać. Nie negujemy idei budowania sieci szpitali, ale z jasnym przesłaniem tworzenia sieci na bazie placówek referencyjnych, z odpowiednią infrastrukturą i wysoką jakością usług – tłumaczył A. Mądrała. Analizując finansowanie placówek, które znajdują się w tzw. sieci szpitali, Anna Rulkiewicz, prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej, zwróciła uwagę na fakt, że jeśli – jak zakłada projekt – 91 proc. środków, z których

obecnie jest finansowane lecnicstwo szpitalne, zostanie przekierowanych do „sieci”, to tylko 9 proc. pozostanie na resztę usług, co wyeliminuje z rynku procedury planowe i jednodniowe. – To nas szczególnie zabol, bo system procedur planowych i jednodniowych budowaliśmy przez wiele lat. Jest on sprawdzony, oparty na efektywności – przekonywała A. Rulkiewicz, dodając, że choć nie był doskonały, nie generował kosztów, skracał kolejki, odciążał system. Kontrolerskie budzi też finansowanie AOS. Projekt przewiduje 37 proc. finansowania AOS przenieść do szpitali, budując tzw. „opiekę skoordynowaną”. Także zarządzający szpitalami wskazują, że w projekcie jest wiele niewiadomych i obawiają się, że prawdziwe zagrożenia pojawią się dopiero w praktyce.

Dorota Gałczyńska-Zych, dyrektor Szpitala Bielańskiego, uważa, że

paradoksalnie proponowana reforma szpitalnictwa uderzy w opokę funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, czyli właśnie w szpitale. – W sprawie sieci otrzymujemy tak skąpe informacje, mamy tak mało konkretów, że nie jesteśmy w stanie niczego wyjaśnić naszym pracownikom, którzy chcą wiedzieć, na czym stoją, co ich czeka w najbliższej przyszłości – mówi dyrektor Gałczyńska-Zych i zaznacza, że to powoduje frustrację i zmęczenie wśród personelu. Zapewnia, że także jest zwolenniczką sieci, ale wysoko specjalistycznej, dotowanej z pieniędzy rządowych, która byłaby miejscem innowacyjnych metod leczenia, gdzie pozostałe szpitale musiałyby się odnaleźć w przestrzeni socjalnej, jako że rodzima ochrona zdrowia jest socjalna. Jej zdaniem dałoby się to zrobić ewolucyjnie, a nie rewolucyjnie. – System sieci powinien być wprowadzony z odpowiednim wyprzedzeniem, co

REKLAMA



najmniej dwuletnim, żebyśmy mogli do tych wszystkich zmian się odpowiednio przygotować – komentuje.

RATUNKIEM KONSOLIDACJA?

Odbывая się 14 lutego 2017 r. posiedzenie Rady Ministrów w całości miało być poświęcone ustawie wprowadzającej sieć, ale pod nieobecność premier Beaty Szydło, która uległa wypadkowi, podjęcie decyzji rządu w tej sprawie zostało odsunięte w czasie. Czy ten czas pozwoli jeszcze skorygować projekt w najbardziej newralgicznych punktach? Czy wyjaśni piętrzące się kontrowersje?

Andrzej Sośnierz z klubu parlamentarnego PiS nie jest przekonany, że zmiana sposobu finansowania szpitali sprawi, że pacjent stanie się dla nich obciążeniem. Tłumacząc przepływ pieniędzy w opiece zdrowotnej, wskazuje, że dotychczas pieniądze szedł za pacjentem, po zmianach szpital najpierw dostanie pieniądze, a później będzie przyjmował chorych, którzy siłą rzeczy będą generowali koszty. Co do zmiany finansowania także mają wątpliwości menedżerowie szpitali i eksperci w dziedzinie zarządzania. Najbardziej boją się, że ryczałt na wszystkie oddziały dostaną tylko największe placówki – instytuty, szpitale kliniczne oraz wojewódzkie. Więcej pieniędzy z ryczałtu trafi też do jednostek, w których funkcjonuje izba przyjęć lub SOR. Zapowiadane w projekcie nowe warunki finansowania poważnie zaniepokoiły też sa-

morządy terytorialne w całej Polsce.

Reakcją na te niepokoje jest trend, by łączyć podległe im placówki i w ten sposób spełnić warunki przynależności do tzw. sieci szpitali oraz uszczknąć jak najwięcej z ryczałtowego finansowania. Rozważa się nawet konsolidację szpitali z różnych województw. Przykładowo na Pomorzu przewiduje się fuzję aż czterech szpitali, a na Śląsku połączenie Katowickiego Centrum Onkologii z Okręgowym Szpitalem Kolejowym w Katowicach oraz Szpitala Kolejowego w Wilkowicach-Bystrej ze Szpitalem Wojewódzkim w Bielsku-Białej. MZ nie ukrywa, że tego rodzaju działania nie są takie złe, być może przyczynią się do racjonalizacji miejsc w oddziałach, jako że niektóre z nich liczą zaledwie po kilka łóżek.

NIE TAKA SIEĆ STRASZNA?

Na odbywającym się 13 lutego w Ministerstwie Zdrowia spotkaniu prasowym minister Konstanty Radziwiłł po raz kolejny deklarował, że zamyśłem tworzenia sieci szpitali jest poprawa organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale i przychodnie przyszpitalne, a także poprawa dostępu pacjentów do leczenia specjalistycznego w tych szpitalach. Przekonywał jednocześnie, że sieć pozwoli zoptymalizować liczbę oddziałów specjalistycznych i umożliwi lepszą koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych. Minister, chcąc rozwiać obawy oponentów projektu, zastrzegł też, że świadcze-

▲ 21 lutego na posiedzeniu Rady Ministrów premier Beata Szydło powiedziała, że projekt dotyczący utworzenia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej to początek kolejnej reformy.

niodawcy, którzy nie zostaną zakwalifikowani do sieci, będą nadal podlegali kontraktowaniu w oparciu o postępowanie konkursowe. Zastrzegł jednak, że przynależność do sieci nie będzie dożywotnia. Jeśli szpital nie wywiąże się ze zobowiązań, może zostać wykreślony z sieci, a pieniądze, które do niego trafiły w ramach ryczałtu, przejmie wówczas NFZ. Fundusz może ogłosić konkurs na realizację tych świadczeń, które wraz z rozwiązaniem umowy ze szpitalem przestaną istnieć, z zastrzeżeniem, że nie będzie to konkurs dla szpitali spoza sieci, tylko dla tych, które już w tej sieci się znalazły. Minister Zdrowia zdementował również pogłoski, że sieć to zamach na prywatne szpitale, o czym świadczy fakt, że oprócz stawki ryczałtowej przeznaczonej dla sieci szpitali pozostają konkursy. W Polsce działa ok. 1400 szpitali, ale tylko 700, a więc połowa z nich zabezpiecza pełnoprofilową opiekę medyczną.

Resort oszacował, że w ogólnej liczbie sieci szpitali 4 proc. będą stanowiły placówki niepubliczne a 96 proc. – świadczeniodawcy pozostali. Przy czym w szpitalach I stopnia oraz szpitalach onkologicznych – podmioty niepubliczne, będą stanowiły 15 proc., w szpitalach pulmonologicznych – 2 proc., w szpitalach II stopnia – 1 proc., a w szpitalach III stopnia, ogólnopolskich oraz pediatrycznych – w ogóle. Obecnie na szpitalnictwo przeznaczane jest 29,52 mld zł (budżet na 2015 r.). Z tej kwoty nominalnie do sieci szpitali trafi 26,86 mld zł, a na kontraktowanie zostanie przeznaczonych 2,66 mld zł. PSZ, czyli sieć szpitali, jest obecnie tematem numer jeden w ochronie zdrowia. 21 lutego na posiedzeniu Rady Ministrów premier Beata Szydło powiedziała, że projekt dotyczący utworzenia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej to początek kolejnej reformy. Zanim jeszcze projekt ustawy trafił do procedowania, zdążył już poróżnić polityków i wywołać zamęt w środowisku lekarzy. Trudno dziś wyrokować, czy rację mają autorzy projektu, czy jego oponenti. Jedno jest pewne, konsekwencje, tej dobrej czy złej zmiany, poniesie pacjent. ○


Anna Lella

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

Wobec oporności na antybiotyki

Oporność na antybiotyki [ang. antimicrobial resistance, AMR] stanowi obecnie jedno z ważniejszych zagadnień z zakresu zdrowia publicznego. Pojawia się coraz więcej doniesień, że bakterie odporne na antybiotyki wywołują infekcje zagrażające zdrowiu i życiu.

Sprawa ta jest na tyle poważna, że zajmują się nią organizacje ogólnosiwiatowe, takie jak WHO, która w 2015 r. podczas Światowego Zgromadzenia Zdrowia przyjęła globalny plan działania w sprawie antybiotykooporności, ustanawiając Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykach, mający służyć przekazywaniu wiedzy w tym zakresie, czy ONZ. We wrześniu 2016 r. podczas Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych odbyło się spotkanie wysokiego szczebla na temat bakterii odpornych na działanie antybiotyków (czwarte tego rodzaju spotkanie w historii dotyczące zdrowia).

Temat ten jest też przedmiotem prac instytucji Unii Europejskiej, w szczególności Komisji Europejskiej i Parlamentu Europejskiego.

Problem jest oczywiście złożony i wskazuje się różne przyczyny tego zjawiska, leżące zarówno po stronie producentów żywności, pacjentów stosujących samowolnie antybiotyki, jak również i samych lekarzy, którzy być może zbyt pochopnie ordynują antybiotyki albo w nieprawidłowej dawce lub z nieprzestrzeganiem częstotliwości stosowania.

Z tego też względu w działania związane z omawianym problemem zaangażowane są światowe i europejskie organizacje reprezentujące lekarzy, lekarzy dentystów oraz lekarzy weterynarii, które wskazują, że istotne jest zarówno

edukowanie pacjentów (zwiększanie świadomości), którzy często wymuszają recepty na antybiotyki, jak i przypominanie lekarzom zasad odpowiedzialnego ordynowania.

Coraz częściej dostrzega się, iż jest to kwestia istotna także w zakresie stomatologii. Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) w przyjętym w 2014 r. stanowisku zauważa, że stosunkowo mało uwagi poświęcono dotychczas stosowaniu antybiotyków w stomatologii, mimo że stanowią one większość leków przepisywanych przez lekarzy dentystów.

Światowa Federacja Dentystyczna (FDI) współpracuje w tym zakresie z WHO. Komentując raport sekretariatu WHO, FDI na podstawie posiadanych danych podkreśliła, że stomatolodzy przepisują pacjentom przeciętnie od 7 do 11 proc. wszystkich ordynowanych antybiotyków. Wskazuje to dobitnie, że wszelkie działania mające na celu przeciwdziałanie temu problemowi powinny być konsultowane także z organizacjami lekarsko-dentystycznymi.

Ponadto FDI wskazuje, że zwalczanie antybiotykooporności będzie wymagało od wszystkich uprawnionych do ordynowania leków, w tym także stomatologów, przeanalizowania swojej praktyki pod kątem zasadności i formy stosowania antybiotyku (profilaktyka zakażeń lub leczenie) oraz oceny jego skuteczności.

Wydaje się, że każdy z nas, lekarzy, powinien mieć te kwestie na uwadze, bowiem nasze indywidualne decyzje mają znaczący wpływ na ogólną sytuację zdrowotną całego społeczeństwa. ○

Serdecznie zapraszamy na **Konferencję Stomatologiczną z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej**, która odbędzie się 20 marca 2017 roku o godz. 11.00 w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Sobieskiego 110 w Warszawie.

Na konferencji m.in. o nowej definicji FDI zdrowia jamy ustnej, nowych badaniach dotyczących stanu zdrowia jamy ustnej, czynnikach wpływających na występowanie choroby próchnicowej, programach edukacyjnych, schemacie postępowania w okresie przedszkolnym, wpływie witaminy D na leczenie stomatologiczne.

W konferencji czynny udział zapowiedzieli: prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, prof. Maria Borysewicz-Lewicka, prof. Marzena Dominiak, prof. Honorata Shaw, dr Anna Lella, dr Leszek Dudziński.

Zgłoszenia przyjmuje pani Kamila Samczuk: k.samczuk@hipokrates.org

20 marca 2017

KONFERENCJA
STOMATOLOGICZNA
Z OKAZJI ŚWIATOWEGO
DNIA ZDROWIA JAMY
USTNEJ

Od wideł do widelca



Z doktorem **Jackiem Łukaszewiczem**, prezesem Krajowej Rady Lekarsko-Weterynaryjnej, rozmawiają **Ryszard Golański i Marta Jakubiak**.

GL Czy polska żywność jest bezpieczna?

Tak, jest bezpieczna, m.in. dzięki medycynie weterynaryjnej, która odgrywa ważną rolę w ochronie zdrowia społeczeństwa. Lekarze weterynarii nie tylko leczą psy i koty, ale też czuwają nad bezpieczeństwem spożywanej przez ludzi żywności. Inspekcja weterynaryjna bada produkty pochodzenia zwierzęcego i nadzoruje produkcję żywności.

To jest nie tylko mięso, ale też miód, twarogi, mleko, jaja oraz potrawy mieszane, jak np. pierogi z serem. Prowadzimy także monitoring chorób zakaźnych zwierząt.

GL Które z nich i w jakim stopniu zagrażają ludziom?

Choroby odzwierzęce stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia ludzi. Świadczą o tym dane statystyczne publikowane w corocznych raportach Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA). Do najważniejszych odzwierzęcych chorób, które objęte są monitorowaniem w krajach Unii Europejskiej, należą: brucelloza, kamylobakterioza, błławica, listerioza, salmonelloza, włośnica, gruźlica wywołana przez *Mycobacterium bovis* oraz zachorowania wywołane przez patogenne szczepy *Escherichia coli*.

Inspekcja jest obecnie na froncie walki z dwiema poważnymi chorobami zakaźnymi zwierząt: z grypą ptaków oraz na wschodzie Polski z afrykańskim pomorem świń. To choroby zwalczane w naszym kraju skutecznie. Ogniska ASF występują u trzody chlewnej, natomiast przypadki, które trudno kontrolować, odnotowuje się u dzików. Podobnie jest z grypą ptaków – ogniska występują w hodowlach, natomiast przypadki wśród dzikich zwierząt, np. u łabędzi. Nie są to jednak choroby groźne dla ludzi, jednak skutkują one mocno gospodarczo.

GL A które z nich przenoszą się na ludzi?

Przede wszystkim włośnica, gruźlica, brucelloza, kamylobakterioza, salmonelloza, gorączka Q. Monitorujemy je u zwierząt żywych, jak również podczas badania mięsa w rzeźni.

GL Które występują najczęściej?

Zatrucia jelitowe bakterią chorobotwórczą coli, salmonelloza, brucelloza, kamylobakterioza, błławica, listerioza, włośnica i gruźlica. Źródło zakażenia to głównie mięso, ale może też być mleko i jaja.

GL Czy wścieklizna to już przeszłość?

Dzięki pracy lekarzy weterynarii jesteśmy w elitarnej grupie krajów. W Europie Zachodniej są jeszcze kraje, takie jak chociażby Wielka Brytania, które nie są urzędowo wolne od brucellozy i gruźlicy. My w przypadku bydła jesteśmy wolni od tych chorób. Podobnie jest ze wścieklizną. To choroba niezwykle groźna, ale dzięki wieloletnim działaniom profilaktycznym stanowiąca już jedynie problem marginalny, aczkolwiek z nieznanymi przyczyn na południu Polski, w Małopolsce, pojawiło się stosunkowo dużo ognisk wścieklizny, w przeważającej większości u zwierząt wolno żyjących. Cały czas jesteśmy czujni, dlatego każde zwierzę, które pogryzie człowieka, trafia na 15-dniową obserwację, po odbyciu której lekarz medycyny podejmuje decyzję o szczepieniu przeciw wściekliznie człowieka bądź odstąpieniu od szczepienia. Tu współpraca lekarzy weterynarii z lekarzami medycyny jest bardzo ścisła.

GL Czy to prawda, że bez stosowania chemioterapeutyków nie da się produkować żywności na masową skalę?

To legenda. Już ponad 20 lat temu wprowadzono zakaz stosowania jakichkolwiek stymulatorów wzrostu zwierząt, czyli hormonów i niskich dawek antybiotyków. Obecnie surowe kontrole inspekcji weterynaryjnej nie dopuszczają produktów zawierających antybiotyki ani hormony. Mamy nadzór „od wideł do widelca”: kontrolujemy mięsa zwierząt, paszę, a także proces nawożenia pól. I jeśli u zwierząt zostanie zastosowana antybiotyko-terapia, zawsze obowiązuje odpowiedni okres karencji. Przypuszczamy, że istnieje niewielka szara strefa, np. hodowcy czasami decydują się leczyć zwierzęta na własną rękę, ale w przeważającej większości są już tak świadomi kar, jakie im grożą za nie-

20 LAT

Już ponad dwie dekady temu wprowadzono zakaz stosowania jakichkolwiek stymulatorów wzrostu zwierząt, czyli hormonów i niskich dawek antybiotyków.



MAMY NADZÓR „OD WIDEŁ DO WIDELCA”: KONTROLUJEMY MIĘSA ZWIERZĄT, PASZĘ, A TAKŻE PROCES NAWOŻENIA PÓL. I JEŚLI U ZWIERZĄT ZOSTANIE ZASTOSOWANA ANTYBIOTYKOTERAPIA, ZAWSZE OBOWIĄZUJE ODPOWIEDNI OKRES KARENCJI.

Więc co, jeżeli zwierzę w takiej hodowli zachoruje? Choruje ono bardzo długo i bardzo ciężko. W przydomowej chlewni są trzy świnki po kolana w oborniku, w chlewni przemysłowej panują sterylne warunki, jest przestrzeń dla zwierząt i każdy, kto chce wejść do środka, najpierw musi wziąć prysznic, a potem przebrać się w sterylną odzież. Odpowiedź na pytanie, co jest lepsze, nie jest ani prosta, ani oczywista. Każdy sam musi zdecydować, jaką żywność chce spożywać. Dobrze, że mamy wybór.

GL Czy lekarze weterynarii współpracują z lekarzami medycyny w zakresie zwalczania chorób odzwierzęcych?

Inspekcja weterynaryjna współpracuje z inspekcją sanitarną. Jeżeli np. badając co pięć lat bydło pod kątem gruźlicy – na marginesie, zwierzęta w tym zakresie są częściej badane niż ludzie – stwierdzimy obecność tej choroby, natychmiast zostaje powiadomiona inspekcja sanitarna.

GL Co jeszcze może zagrozić zdrowiu polskich konsumentów?

Zmiany ustawowe i pomysł ministra rolnictwa i rozwoju wsi dotyczący konsolidacji wszystkich inspekcji czuwających nad bezpieczeństwem polskiej żywności.

GL Dlaczego?

Wraz z wejściem Polski do Unii Europejskiej powiatowi lekarze weterynarii zostali włączeni do korpusu służby cywilnej. To gwarantowało im apolityczność. Zmiana władzy nie miała wpływu na ich pracę, polityk nie mógł ich odwołać z pełnionej funkcji. Jeżeli powiatowy lekarz weterynarii dopuścił się wykroczenia, w każdej grupie zawodowej taka osoba czasem się znajdzie, można go było zawiesić, a powoływana w tym celu komisja dyscyplinarna, która badała sprawę, podejmowała decyzję o ewentualnym jego zwolnieniu. Po wprowadzeniu przez rząd nowelizacji ustawy minister rolnictwa może po prostu powołać i odwołać powiatowego lekarza weterynarii. Tak być nie powinno, bo w swojej pracy muszą czasem wydawać decyzje warte kilka milionów złotych, np. o likwidacji ze względów epi-zootycznych całego stada. Istnieje ryzyko, że w przypadku

przestrzeganie wymogów w tym zakresie, że wołą nie ryzykować.

GL Czy to oznacza, że w polskim mięsie nie ma antybiotyków?

Czasami stwierdzamy ich obecność, ale takie mięso natychmiast jest wycofywane i jest to zaledwie około 10 przypadków w roku w całej Polsce.

GL Spożywanie mięsa zwierząt leczonych antybiotykami nie ma wpływu na powstawanie antybiotykooporności u ludzi?

Takie przełożenie zawsze gdzieś może nastąpić, dlatego bardzo dbamy, by antybiotyki w hodowli zwierząt były stosowane rozsądnie. Badania pokazują, że to my, ludzie, transmitujemy ze szpitali szczepy antybiotykooporne na zwierzęta towarzyszące.

GL Powszechnie uważa się, że zdrowe produkty można kupić wyłącznie na bazarach eko.

W modzie jest też kupowanie jajek z chowu na wolnym wybiegu. Powiem szczerze, że jeżeli ten wolny wybieg znajduje się 20 m od autostrady, to wołą zjeść jajka z klimatyzowanej fermy. Zresztą badania potwierdzają, że jajka klatkowe są bezpieczne. W przypadku hodowli eko obowiązuje całkowity zakaz stosowania antybiotyków.

▲ Dr Jacek Łukaszewicz:
– W Polsce jest sześć wydziałów medycyny weterynaryjnej, które rocznie kończy około 800 osób i każdego roku na jedno miejsce na tym kierunku jest kolejnych 10 chętnych.



źródło: www.piwet.pulawy.pl

prominentnych hodowców decyzje mogą być sterowane. Lekarze ci muszą mieć niezależność, żeby skutecznie zwalczać choroby i podejmować decyzje administracyjne.

GL Ilu członków liczy samorząd lekarsko-weterynaryjny?

Około 16 tys. Mamy 16 okręgowych izb lekarsko-weterynaryjnych, których teren działania pokrywa się z podziałem administracyjnym, oraz Krajową Izbę Lekarsko-Weterynaryjną, w zakresie której działają też krajowe organy, m.in. odpowiedzialności zawodowej. W Polsce jest sześć wydziałów medycyny weterynaryjnej, które rocznie kończy około 800 osób i każdego roku na jedno miejsce na tym kierunku jest kolejnych 10 chętnych. Obserwujemy też, że z roku na rok nasz zawód się feminizuje: mężczyźni stanowią nieco ponad 20 proc. obecnych absolwentów, pozostała część to kobiety.

GL Jakie są największe problemy tej grupy zawodowej?

Obecnie legislacyjne. Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi odświeżyło pomysł konsolidacji wszystkich instytucji odpowiedzialnych za bezpieczeństwo żywności w Polsce w jedną Państwową Inspekcję Bezpieczeństwa Żywności podległą ministrowi zarządzającemu tym resortem. Przygotowywana ustawa zakłada połączenie:

^ **Występowanie w Polsce wirusa wysoce zjadliwej grypy ptaków (HPAI – Highly Pathogenic Avian Influenza); stan na 7.02.2017.**

Inspekcji Weterynaryjnej, Państwowej Inspekcji Ochrony Roślin i Nasiennictwa, Inspekcji Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych, w części swoich kompetencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a także Inspekcji Handlowej funkcjonującej w ramach struktury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Proces ten zajmie około dwóch lat.

To olbrzymie zagrożenie, bo Inspekcja Weterynaryjna powinna podlegać bezpośrednio premierowi, a w żadnym wypadku nie ministrowi rolnictwa i rozwoju wsi, gdyż nadzoruje ona i w razie potrzeby nakłada kary na hodowców – potencjalnych wyborców ministra. Minister zabiegać więc będzie, żeby hodowców zbyt nie karcić. Część inspekcji sanitarnej zajmującej się żywnością podlegała dotychczas ministrowi zdrowia, po zmianach była zależna od ministra rolnictwa. Pozostałe zresztą też. To zmiany, które mogą zagrozić bezpieczeństwu żywności, a co za tym idzie – bezpieczeństwu konsumentów.

W projekcie ustawy niebezpieczne są także zapisy dotyczące obniżenia wymogów wobec kadry kierowniczej nowo tworzonej inspekcji. Obecnie powiatowy lekarz weterynarii musi mieć wyższe wykształcenie weterynaryjne, specjalizację oraz 3-letnie doświadczenie w pracy w inspekcji weterynaryjnej. W przygotowanym przez MRiRW projekcie powiatowy inspektor bezpieczeństwa żywności będzie musiał być, a stanowisko głównego lub wojewódzkiego oraz powiatowego i granicznego inspektora bezpieczeństwa żywności może objąć osoba posiadająca wyższe wykształcenie w dowolnym kierunku i mająca dwa lata doświadczenia na kierowniczym stanowisku w dowolnym miejscu. Nadzór nad bezpieczeństwem żywności, np. nad badaniem mięsa, może zatem pełnić psycholog albo historyk sztuki. Będzie on także rozpatrywał odwołania od decyzji lekarzy weterynarii.

Ten projekt ustawy ignoruje także zalecenia OIE (Światowej Organizacji Zdrowia Zwierząt) oraz WTO (Światowej Organizacji Handlu), które wyraźnie wskazują, że osobą certyfikującą żywność na eksport może być tylko lekarz weterynarii. Wprowadzenie w życie tego projektu będzie nie tylko niebezpieczne dla zdrowia ludzi, ale też dla polskiej gospodarki, bo uniemożliwi eksport polskiej żywności.

Wracając do pierwszego pytania, odpowiem jeszcze raz: polska żywność jest obecnie bezpieczna, ale po wprowadzeniu tej ustawy jej bezpieczeństwo może być zagrożone. Na szczęście projekt zatrzymał się na chwilę w gabinetach politycznych, ale wiemy, że wciąż trwają nad nim prace. Nie mogąc ich powstrzymać, postanowiliśmy stworzyć własny projekt, zapewniający właściwą merytorykę i bezpieczeństwo. Jesteśmy na etapie rejestracji w sejmie komitetu obywatelskiego, bo taka jest procedura. Kiedy uda się to zrobić, będziemy mieli trzy miesiące na zebranie stu tysięcy podpisów pod naszym projektem. Gorąco zachęcam do wsparcia tej inicjatywy i podpisania się pod nim. Jeżeli polska żywność nie będzie bezpieczna, lekarze będą mieć więcej pacjentów, a z tego co wiem, i tak mają ich już wielu. ○

**MINISTERSTWO ROLNICTWA I ROZWOJU
WSI ODŚWIEŻYŁO POMYSŁ KONSOLIDACJI
WSZYSTKICH INSTYTUCJI ODPOWIEDZIALNYCH
ZA BEZPIECZEŃSTWO ŻYWNOSTCI
W POLSCE W JEDNĄ PAŃSTWOWĄ INSPEKCJĘ
BEZPIECZEŃSTWA ŻYWNOSTCI PODLEGŁĄ
MINISTROWI ZARZĄDZAJĄCEMU TYM RESORTEM.**

Meritus Pro Medicis 2011

W 2011 roku dziesięciu samorządowcom wręczono odznaczenia Meritus Pro Medicis. W gronie tym znalazło się siedmiu lekarzy i troje stomatologów. Co zrobili dla społeczności lekarskiej?

LIDIA SULIKOWSKA



**Teresa
Bachanek**

(Lubelska Izba Lekarska w Lublinie)

Specjalista stomatologii zachowawczej i stomatologii dziecięcej. Gdy reaktywowano samorząd lekarski, od razu zaczęła w nim działać, bo wiedziała, że dla tej sprawy bezwzględnie należy poświęcić swój czas. Najpierw jako członek OSL, a potem praca na rzecz Komisji Stomatologicznej i Komisji Kształcenia Medycznego (zarówno w NIL jak i swojej izbie). Szczególnie zainteresowana sprawami związanymi z kształceniem lekarzy dentystów. Uczestniczyła w pracach zespołów ministra zdrowia jako ciało doradcze z ramienia NRL, m.in. w sprawie ujednolicenia standardów kształcenia do tych obowiązujących w UE. Angażuje samorząd w sprawy związane z uczelniami medycznymi.



**Józef Janusz
Dobrecki**

(Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku)

Specjalista chorób wewnętrznych. Marzył o reaktywacji izb lekarskich, których działalność znał m.in. z relacji kolegów pracujących w zawodzie jeszcze przed wojną. Od I kadencji jest członkiem ORL, uczestniczy w pracach Komisji Etyki Lekarskiej (od trzech kadencji jest jej przewodniczącym). W V i VI kadencji był wiceprezesem OIL w Gdańsku i przewodniczącym delegatury w Słupsku. Obecnie jest członkiem Prezydium ORL i delegatem na KZL. Swoją działalność podsumowuje cytatem W. Biegańskiego: „Obowiązek wynika albo z ustaw społecznych, albo z własnego poczucia, o ile w pierwszym przypadku spełnienie obowiązku może być nieraz ciężkim, o tyle w drugim sprawia zawsze wielkie zadowolenie moralne.”.



**Zyta
Kaźmierczak-Zagórska**

(Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej)

Otolaryngolog. W samorządzie od III kadencji. Była członkiem komisji ds. prawa wykonywania zawodu swojej izby i innych komisji, przewodniczyła komisji bioetycznej BIL (obecnie prowadzi wykłady z bioetyki dla stażystów). W V i VI kadencji prezes BIL i wiceprezes Konwentu Prezesów NRL, aktualnie wiceprezes NRL. Ważne są dla niej kwestie kształcenia, w tym doskonalenie zawodowe blisko miejsca zamieszkania, dlatego wspiera takie ośrodki działające przy izbach, w tym ten w BIL. Walczyła m.in. o powrót stażu podyplomowego i o to, aby nie zmieniać terytorialnych granic działania beskidzkiej izby. Z ramienia NRL zajmuje się informatyzacją w ochronie zdrowia. Wspiera inicjatywy integrujące lekarzy. Odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi.



**Anna
Mackiewicz**

(Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze)

Specjalista chirurgii stomatologicznej. Zaangażowana w samorządzie lekarskim od momentu jego reaktywacji. Delegat na wszystkie zjazdy krajowe, dwukrotnie wybrana na prezesa ORL w Zielonej Górze, sekretarz Konwentu Prezesów ORL, wieloletni działacz Komisji Stomatologicznej zarówno w swojej izbie, jak i NIL. – Pełniła liczne funkcje, ale dla nas Ania, to przede wszystkim serdeczna koleżanka i oddany sprawie społecznik – tak Annę Mackiewicz wspominała podczas XI NKZL Anna Lella, ówczesna wiceprezes NRL. Koledzy i koleżanki z samorządu pamiętają ją jako osobę, która umiała słuchać i zawsze z pełnym zaangażowaniem starała się pomóc. Odeszła nagle w październiku 2010 r.



Mariusz Malicki

(Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie)

Specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog. Sekretarz, prezes, a obecnie wiceprezes swojej okręgowej izby, wieloletni członek Prezydium NRL, a także komisji problemowych (tak w NIL jak i OIL w Częstochowie). Współtwórca i organizator Centralnego Rejestru Lekarzy, współorganizator wielu imprez sportowych i kulturalnych, sympozjów, konferencji naukowych, konkursów dla lekarzy. Przygodę z samorządem zaczynał od pracy w Krajowej Komisji Wyborczej, której obecnie również poświęca wiele uwagi. Zajmuje się też sprawami związanymi z informatyzacją ochrony zdrowia. Odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi.



Jerzy Nosarzewski

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista chorób wewnętrznych. Jeszcze w PRL działał w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim i już wtedy myślał, że trzeba reaktywować samorząd lekarski, bo dzięki takiej działalności można mieć wpływ na kształt zawodu lekarza. Uczestniczył w tworzeniu KEL. Wieloletni wiceszef Komisji Rewizyjnej OIL w Warszawie, ale najbardziej zaangażował się w działalność Naczelnego Sądu lekarskiego, któremu w jednej kadencji przewodniczył i przez wiele lat był jego wiceprzewodniczącym (teraz również pełni tę funkcję). Ubolewa, że do pracy w NSL zgłasza się zbyt mało chętnych i zaprasza do współpracy nad utrzymywaniem pieczy nad prawidłowym wykonywaniem zawodu lekarza.



Jan Franciszek Stasiewicz

(Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku)

Specjalista chorób wewnętrznych. Działając w „Solidarności” dążył do reaktywowania samorządu lekarskiego. Uczestniczył w tworzeniu białostockiej izby. Przewodniczył ORL przez cztery kadencje, zaś w dwu ostatnich pełnił funkcję wiceprezesa. Przez 20 lat był członkiem NRL. W czasie jego działalności wybudowano siedzibę izby w Białymstoku oraz dom seniora i ośrodek szkoleniowo-konferencyjny. Obecnie zajmuje się głównie wydawnictwami izbowymi – jest redaktorem naczelnym Biuletynu OIL oraz redaguje „Zeszyty Historyczne”. Prowadzi szkolenia z zakresu etyki lekarskiej, także w ramach szkoleń lekarzy stażystów.



Anna Tarkowska

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista protetyki stomatologicznej. Działa w samorządzie od momentu reaktywacji. Początkowo jako delegat na zjazdach izbowych, a od II kadencji nieprzerwanie do dziś jest zastępcą NROZ. Na potrzeby tej funkcji ukończyła studia podyplomowe w zakresie prawa medycznego, była też biegłą sądową. Wspomina, że kiedyś skarg było niewiele. Teraz jest ich mnóstwo, ale każdą sprawę należy rozpatrywać indywidualnie – najważniejszy jest obiektywizm. Trzeba widzieć rację każdej ze stron, bo tylko wtedy można właściwie ocenić sprawę. To dzięki pracy w zespole NROZ poznała wielu serdecznych przyjaciół – samorządowców, na których zawsze może liczyć.



Maria Róża Nowotna-Walc

(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista chorób wewnętrznych. Brała udział w służbie medycznej Powstania Warszawskiego. Dyplom lekarza uzyskała w 1947 r. Działała w Krajowej Komisji Koordynacyjnej Pracowników Służby Zdrowia „Solidarność”, od samego początku zaangażowała się w reaktywację samorządu lekarskiego. Współtworzyła KEL. Wieloletni ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Praskiego w Warszawie. Praktykowała do 90. roku życia, poświęcając swój czas przychodni dla kombatanów. W samorządzie lekarskim działała do samego końca, jako sędzia OSL w Warszawie. Odeszła w lipcu 2015 r. Uhonorowana m.in. Polonia Restituta, Gloria Medicinæ, Laudabilis.



Barbara Wiejowska

(Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie)

Specjalista medycyny społecznej. Jest w samorządzie, od kiedy go reaktywowano. Widzi w nim szansę na poprawę trudnego lekarskiego życia. Wieloletni delegat na KZL i członek ORL. Przez pierwsze trzy kadencje członek Prezydium ORL, od II kadencji cały swój wysiłek wkłada w pracę Komisji Socjalno-Bytowej krakowskiej izby, od III kadencji jako przewodnicząca. Od lat wspólnie z innymi członkami komisji wspomaga lekarzy i lekarzy dentystów w trudnej sytuacji życiowej. Pomaganie innym było i jest dla niej najważniejsze. – To dla nas zaszczyt. Nie można zapominać o tej części środowiska lekarskiego, która już nie praktykuje – mówi doktor Wiejowska.

WYBORY 2017/2018

Realizacja kalendarza wyborczego w toku

Okręgowe rady lekarskie dokonały podziału członków izby na rejony wyborcze na okres VIII kadencji.



Ładysław
Nekanda-Trepka

Przewodniczący
Krajowej Komisji
Wyborczej

Rejony wyborcze tworzy się oddzielnie dla lekarzy i lekarzy dentystów, a na wniosek grupy lekarzy i lekarzy dentystów można utworzyć wspólny rejon dla obu zawodów. Rejony wyborcze obejmują członków izby posiadających czynne prawo wyborcze, wykonujących zawód w zakładach leczniczych lub innych podmiotach, wykonujących zawód na określonym obszarze (praktyki lekarskie) lub grupy lekarzy (niewykonujący zawodu, stażyści).

Liczba członków rejonu wyborczego uprawnionych do wyboru jednego delegata jest określona uchwałą okręgowej rady lekarskiej. Okręgowa komisja wyborcza publikuje listy członków rejonu wyborczego (BIP), informuje członków rejonu wyborczego o wpisie na listę określonego rejonu wyborczego oraz udostępnia informację w tym zakresie w siedzibie okręgowej izby lekarskiej. Listy członków rejonu wyborczego powinny być opublikowane na stronach internetowych izb lekarskich (BIP) do końca lutego 2017. Niektóre izby drukują listy w swoich biuletynach.

Lekarz lub lekarz dentysta umieszczony na liście danego rejonu wyborczego ma prawo wskazać inny rejon wyborczy (w obrębie tej samej delegatury lub tego samego określonego obszaru izby), w którym zamierza głosować i mieć prawo do kandydowania. Ostateczne listy członków rejonów powinny być opublikowane przez okręgowe komisje wyborcze do dnia 14 kwietnia br.

Zachęcam Koleżanki i Kolegów do świadomego uczestnictwa w wyborach do władz naszego samorządu. ○



REKLAMA



Leszek Dudziński

Wiceprezes NRL, przewodniczący
Komisji Stomatologicznej NRL

Zbadano stomatologów

Właśnie zostały opublikowane wyniki badania „Stomatologia 2016”. Zachęcam wszystkich do zapoznania się z nimi, ponieważ zawierają wiele niezwykle ciekawych i ważnych informacji.

Jak wynika z raportu, ponad 36 tys. lekarzy dentystów posiada prawo wykonywania zawodu i działa na rynku usług stomatologicznych. Każda praktyka ma około tysiąca podopiecznych, a biorąc pod uwagę bazę, którą dysponują stomatolodzy, jest to potężna siła na rynku usług zdrowotnych i powinna być postrzegana jako istotny element systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Nasz zawód jest sfeminizowany – trzy czwarte lekarzy dentystów to kobiety. Średnia wieku wynosi 46 lat, co oznacza, że zdecydowanie odbiegamy od problemów demograficznych środowiska lekarskiego. Stomatolodzy są rozmieszczeni w sposób bardzo nierównomierny: np. w woj. mazowieckim czy śląskim liczba lekarzy dentystów jest znacząca, ale już w woj. opolskim pracuje ich zaledwie 680. Najwyższe wskaźniki w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców są w woj. podlaskim i mazowieckim. Zaledwie 11 proc. lekarzy dentystów prowadzi praktykę na terenach wiejskich, a ogromna większość pracuje w dużych aglomeracjach. Dostęp do świadczeń stomatologicznych jest nierównomierny, a zainteresowanie współpracą z płatnikiem publicznym zróżnicowane. Zaskakujące jest też to, że ponad 40 proc. lekarzy dentystów posiada specjalizację w rozumieniu Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli pierwszy lub drugi stopień specjalizacji (najwięcej w woj. podlaskim i mazowieckim, najmniej w woj. lubuskim i warmińsko-mazurskim).

Z badania możemy się dowiedzieć również, w jaki sposób lekarze pogłębiają swoją wiedzę zawodową. Korzystanie z wiedzy dostępnej w internecie jest powszechne, natomiast preferowane są te formy doskonalenia zawodowego, które wiążą się z bezpośrednim kontaktem, jak konferencje i sympozja czy szkolenia praktyczne. Na doskonalenie zawodowe lekarz dentysta wydaje rocznie średnio 3 tys. zł, ale są też tacy, którzy przeznaczają na ten cel 5 tys. zł. Postulaty samorządu lekarskiego, by taki koszt można było uwzględnić w rozliczeniu PIT, nie są bezzasadne. Ponad połowa respondentów zainteresowana jest odpłatną formą kształcenia.

Średni staż pracy stomatologa to niewiele ponad 20 lat, ale są też osoby, które funkcjonują na rynku ponad 55 lat i należało-

by się zastanowić, czy to jest wybór, czy może konieczność związana z zabezpieczeniem finansowym i możliwością egzystencji. Średnio pracujemy ok. 40 godz. tygodniowo, ale część osób deklaruje, że pracuje znacznie dłużej. Indywidualne praktyki najczęściej wyposażone są w jeden unit (niemal 70 proc. placówek). Jako środowisko zatrudniania lekarzy i prowadzenia szkoleń, więc w modelu wzorcowym powinna być ona minimum dwustanowiskowa. I to jest temat, o którym na pewno będziemy rozmawiać.

Z pewnym zadowoleniem należy przyjąć, że następuje poprawa, jeśli chodzi o pracę przy pacjencie w pozycji leżącej i pracę na cztery ręce. Kwestie dotyczące ergonomii nie są nam obce, bo co trzeci respondent deklarował pracę w takim systemie. Wyposażenie gabinetów jest na wysokim poziomie, a liczba aparatów rentgenowskich wewnątrzustnych jest już znacząca.

Wśród oczekiwań stomatologów wobec samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, znalazły się m.in. kwestie związane z wystandaryzowanym formularzem zgody pacjenta na leczenie oraz przepisów sanepidu wobec lekarzy dentystów. Myślę, że sprawy te będą możliwe do rozwiązania w najbliższym czasie. Respondenci deklarowali też, że byłiby zainteresowani szkoleniem w systemie odpłatnych specjalizacji. Biorąc jednak pod uwagę stanowisko Ministerstwa Zdrowia, szczególnie przy podziale miejsc rezydenckich w ostatniej sesji wiosennej, a także zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych, w chwili obecnej postulaty te mogą być niezwykle trudne do zrealizowania. Mamy zbyt mało akredytowanych ośrodków chętnych do prowadzenia takich szkoleń.

Badanie zostało przeprowadzone z inicjatywy doktor Agnieszki Ruchały-Tyszler, poprzedniej przewodniczącej Komisji Stomatologicznej NRL, we współpracy z Ośrodkiem Studiów, Analiz i Informacji NIL. Wyniki tego raportu będą dyskutowane i analizowane na kolejnych posiedzeniach Komisji Stomatologicznej NRL, a także na forum naszego samorządu zawodowego. Zachęcam też do zapoznania się z artykułem poświęconym temu badaniu, który można przeczytać w tym numerze „GL” na str. 26. ○

Chcemy kształcenie podnosić na wyższy poziom

GL
W Y W I A D

Z prof. **Teresą Bachanek**, prezydentem Polskiego Towarzystwa Edukacji Medyczno-Dentystycznej „SAPIENTIA”, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL PTMED „Sapientia” ma w nazwie edukację, wiedzę i mądrość, co się za tym kryje?

Polskie Towarzystwo Edukacji Medyczno-Dentystycznej „Sapientia” swoją działalnością obejmuje kształcenie przed- i podyplomowe. Stąd w nazwie edukacja. „Sapientia” z kolei, tłumacząc z języka łacińskiego, oznacza wiedzę i mądrość. Towarzystwo chciałoby się więc nimi dzielić, a kształcenie podnosić na wyższy poziom. W przypadku studentów mówimy o kształceniu przeddyplomowym, a w przypadku lekarzy dentystów o kształceniu podyplomowym. Mamy więc jasno wytyczone cele i określoną rzeszę odbiorców.

GL Jak zrodził się pomysł powołania tego rodzaju towarzystwa?

Myśl powołania PTMED powstała po kolejnej konferencji naukowo-szkoleniowej (było ich 18), odbywającej się cyklicznie w Nałęczowie. Konferencje te, zainicjowane i organizowane przez Katedrę i Zakład Stomatologii Zachowawczej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, dowiodły, jak bardzo środowisko stomatologów jest zainteresowane kształceniem, jak bardzo łaknie wiedzy na ten temat. Należy podkreślić, że decydujące znaczenie w organizowaniu tych konferencji miały przychylność i wsparcie władz Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz Ministerstwa Zdrowia i Naczelnej Izby Lekarskiej. Okazało się więc, że wiedza i edukacja to zagadnienia interdyscyplinarne. O randze tych konferencji świadczy fakt, że uczestniczyli w nich pracownicy naukowo-dydaktyczni wszystkich uczelni medycznych w Polsce. Podczas konferencji kierownicy katedr i zakładów Uniwersytetów Medycznych podjęli trudne zadanie opracowania programów dydaktycznych w zbliżonym zakresie tematycznym oraz wymiarze godzinowym we wszystkich uczelniach. Przygotowanie programów, które byłyby merytorycznie spójne, nie było łatwym zadaniem, ale

wysiłkę się opłacił, ponieważ podczas podpisania akcesji do Unii Europejskiej zawarte w nich propozycje były w znaczącym stopniu uwzględnione przez Ministerstwo Zdrowia. Bardzo ważnym zapisem było zachowanie tytułu lekarza dentysty i medycznego charakteru studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym. Ten sukces podziałał mobilizująco i grupa entuzjastów (4 osoby) z Zakładu Stomatologii Zachowawczej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie podjęła działania w celu powołania organizacji, która mogłaby kontynuować prace na rzecz udoskonalania kształcenia przed- i podyplomowego.

GL Jednym z celów towarzystwa jest wypowiadanie się w sprawach osiągnięcia i zachowania zdrowia. Jak to rozumieć?

Dotyczy to głównie przekazywania wyników badań i obserwacji do wykorzystania w podstawowej i specjalistycznej opiece stomatologicznej. Ważne jest też dotarcie z informacjami dotyczącymi wskaźników zdrowia do instytucji zajmujących się organizacją ochrony zdrowia.

GL A nauczanie medycyny? Czy głos towarzystwa wpływa na opracowywanie programów kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy dentystów?

Trudno odpowiedzieć na to pytanie wprost, dotychczas towarzystwo aktywnie uczestniczyło w ocenie programów dydaktycznych i proponowaniu koniecznych zmian. Jednak po rozwiązaniu jednych problemów pojawiają się nowe, np. czy poziom kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym powinien być praktyczny czy ogólnoakademicki? To są ważne kwestie ze względu na uznawanie dyplomów za granicą i kształcenie osób z zagranicy w Polsce w okresie intensyfikowania kontaktów międzynarodowych, m.in. kształcenie przeddyplomowe, badania naukowe, a także wymianę młodych naukowców.



TOWARZYSTWO JEST MŁODE, ZOSTAŁO ZAREJESTROWANE W 2012 R. I LEDWO ZDAŹYŁO OKRZEPNĄĆ. W TEJ CHWILI KONTAKTY ZAGRANICZNE SĄ DOPIERO W FAZIE ICH NAWIAZYWANIA.

GL Na konferencjach towarzystwa podkreśla się konieczność podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy dentyków. Jak realizowana jest ta idea?

Lekarze praktycy mają obowiązek kształcenia się również po dyplomie, zdobywania specjalizacji, a w dalszej pracy pozyskiwania punktów edukacyjnych. Jest to duży wysiłek, jeśli uwzględnimy organizację pracy praktyk stomatologicznych. Jednocześnie są lekarzami, można powiedzieć, pierwszego kontaktu i od nich w znacznym stopniu zależy wczesne wykrywanie objawów chorób ogólnych manifestujących się w jamie ustnej. To zobowiązuje do uczestniczenia w szkoleniach organizowanych przez towarzystwo naukowe, Naczelną Izbę Lekarską lub firmy.

GL Czy działalność towarzystwa ogranicza się do kraju, czy też obejmuje kontakty zagraniczne?

Towarzystwo jest młode, zostało zarejestrowane w 2012 r. i ledwo zdążyło okrzepnąć. W tej chwili kontakty zagraniczne są dopiero w fazie ich nawiązywania, ale w perspektywie chcielibyśmy rozwiązać ten aspekt działalności. W Zarządzie PTMD mamy doktor Annę Lellę, prezesa Europejskiego Oddziału FDI, która jest naszym pomostem ze światową stomatologią. Dotychczas nawiązaliśmy kontakty z lekarzami z krajów Wschodniej Europy, którym przekazujemy własne doświadczenia.

GL A środowiska naukowe, czy tutaj także sięga aktywność towarzystwa?

Obecnie są to głównie uczelnie, członkami towarzystwa są pracownicy naukowo-dydaktyczni wydziałów stomatologii.

GL Jaka jest strategia PTMD na najbliższe lata?

Trudno w tej chwili mówić o strategii, ponieważ jesteśmy w roku wyborczym. Za chwilę więc zmieni się zarząd towarzystwa, którego zadaniem będzie opracowanie planu pracy na przyszłość. Sądzę jednak, że nasze cele statutowe się nie zmieniają. W dalszym ciągu będą oscylowały wokół kształcenia przed- i podyplomowego, kontaktów zagranicznych i spraw bieżących.

GL Jakie tematy, w ocenie towarzystwa, wymagają pilnej edukacji wśród polskich stomatologów?

Trudno określić wspólny temat, będą one różne w zależności od specjalności i środowiska pracy. Z pewnością będą dotyczyły stosowania nowych metod leczenia, propozycji standardów postępowania w wybranych sytuacjach klinicznych oraz znajomości przepisów prawa, które zapewniają spokojną i bezpieczną pracę.

GL Czego lekarze „nie-dentyści” nie wiedzą o chorobach jamy ustnej, a wiedzieć powinni?

Problem dotyczy wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia pacjentów, np. chorób przyzębia na układ krążenia, na rozwój płodu – noworodki matek z chorobami jamy ustnej mogą mieć mniejszą wagę urodzeniową niż matek zdrowych. Podkreślę dla przykładu, że ważną informacją, którą powinny znać przyszłe matki, matki opiekujące się dziećmi po urodzeniu jest to, że bakterie wywołujące próchnicę są przekazywane dziecku wraz z oblizywanym przez opiekunów smoczkiem lub łyzeczką. Sprawa jest bardzo ważna, jeżeli dodamy jeszcze błędy żywieniowe i złe nawyki higieniczne.

GL Jakie są najważniejsze braki w edukacji społeczeństwa, dotyczące zachowań prozdrowotnych, co w konsekwencji rzutuje na stan uzębienia naszych rodaków?

Podkreślam, że najważniejsze są te oczywiste, które wydają się mało ważne, a więc higiena, tj. częstość szczotkowania zębów oraz stosowanie podstawowych i pomocniczych środków do higieny jamy ustnej. Do podstawowych należą szczotka i pasta do zębów, do pomocniczych wykałaczki, nici do czyszczenia przestrzeni międzyzębowych, płukanki i szczoteczki międzyzębowe. Są one znacznie tańsze i bardziej przyjemnie w stosowaniu niż leczenie zębów i odbudowa materiałem stomatologicznym. ☺

=====

SPROSTOWANIE W „GL” 02/2017 błędnie zostały podane informacje o autorkach tekstu „Fakty i mity o fluorze”: prof. **Dorota Olczak-Kowalczyk** to konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej, a dr n. med. **Anna Jurczak** – prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej. Za błąd przepraszamy.

Raport z badania „Stomatolodzy 2016”

Po rozmowach z Narodowym Funduszem Zdrowia mamy nie najgorsze wrażenia co do zarządzania prezesa NFZ, jeśli chodzi o kontraktowanie świadczeń. Wiele wątpliwości budzi natomiast tzw. rozporządzenie kryterialne.

✪ **LESZEK DUDZIŃSKI** Przewodniczący KS NRL, **PRZEMYSŁAW BALIŃSKI** Badacz społeczny

Ministerstwo Zdrowia wciąż jak mantrę powtarza: stomatologia nie jest priorytetem w nowo budowanym systemie ochrony zdrowia. Preferowane więc będą duże podmioty, większość tych, którzy mieli umowy z NFZ, zachowa swoje szanse na przyszłość, a stomatolodzy kończący studia są już w zasadzie specjalistami, więc nie potrzebują dodatkowych zajęć praktycznych – takie wnioski nasuwają się po ostatnich posunięciach ministerstwa. Jak jest naprawdę i czego potrzebują lekarze dentyści, obrazują poniższe wyniki badań.

METODOLOGIA BADANIA

Badanie przeprowadzono na losowo wybranej ogólnopolskiej grupie lekarzy dentystów w okresie od 1.07 do 19.09.2016 r. Uzyskano 856 wywiadów. Otrzymałą próbę zważono ze względu na posiadanie specjalizacji oraz zmienne socjodemograficzne i jest ona reprezentatywna dla wszystkich mieszkających w Polsce lekarzy dentystów.

PROFIL SOCJODEMOGRAFICZNY

Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty posiadało w dniu 30.09.2016 r. 36 454 osób, z czego trzy czwarte (75%) stanowiły kobiety. 31% osób było w wieku do 37 lat,



▲ Ryc. 1. Liczba lekarzy dentyistów na 100 tys. ludności.

tyle samo w wieku 38-50 lat., 28% miało 51-65 lat, a 11% 66 lat i więcej. Średni wiek wynosił 46,4 roku. Najwięcej lekarzy dentyistów mieszkało w województwie mazowieckim (6088), a następnie w śląskim (4053). Najmniej w województwie opolskim (682 osoby). Najwyższy wskaźnik liczby lekarzy dentyistów był w podlaskim (122,4/100 000), a następnie mazowieckim (113,8). Najniższe wskaźniki miały województwa: kujawsko-pomorskie (62,2) oraz warmińsko-mazurskie (63,3). Wskaźnik dla całej Polski wynosił 94,8 (ryc. 1).

SPECJALIZACJE I DOSKONALENIE ZAWODOWE

Zgodnie z CRL, specjalizację (w tym pierwszego stopnia) posiadało 42%

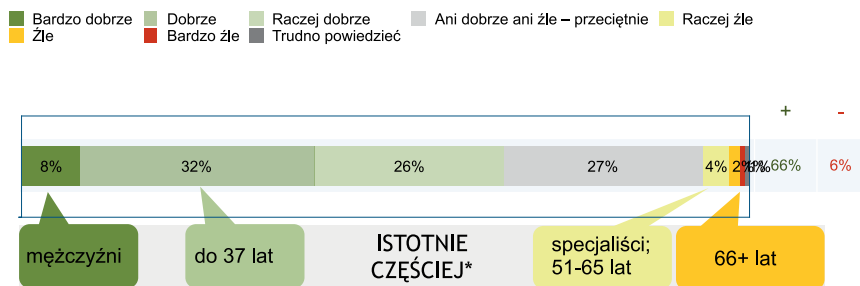
lekarzy dentyistów. Respondenci byli najczęściej specjalistami z zakresu stomatologii zachowawczej z endodoncją. Specjalizację z tej dziedziny posiadało niemal trzech na czterech (74%) specjalistów, z czego większość (64%) ukończyła stomatologię ogólną. Co czwarty (23%) spośród specjalistów posiadał specjalizację z dwóch, a 3% z trzech dziedzin.

Na samokształcenie respondenci poświęcali przeciętnie 3,6 godz. tygodniowo (9% ogólnego czasu przeznaczanego na wykonywanie zawodu).

Ośmiu na dziesięciu (82%) badanych wyraziło zainteresowanie uczestnictwem w szkoleniach z wąskich dziedzin/umiejętności. Płatnym szkoleniem specjalizacyjnym było zainteresowanych 54% spośród nieposiadających specjalizacji oraz 34% respondentów ze specjalizacją. Te wyniki sugerują znaczne zapotrzebowanie zarówno na szkolenia specjalizacyjne, jak i z wąskich dziedzin/umiejętności. Na doskonalenie zawodowe respondenci wydawali przeciętnie 3 000 złotych rocznie.

WYKONYWANIE ZAWODU

Średni staż pracy respondentów wynosił 21,3 r. Połowa pracowała w zawodzie co najmniej 20 lat, a niemal co czwarty (28%) co najmniej 30 lat. Maksimum to aż 55



Podstawa: Wszyscy, N=856; * testy statystyczne liczone między grupami (np. mężczyźni vs. kobiety), p=0,05

lat pracy zawodowej. Niemal wszyscy (98%) badani udzielali świadczeń zdrowotnych. Co szósty (16%) kierował podmiotem leczniczym, a co jedenasty (9%) prowadził prace badawcze lub dydaktyczne. Przeciętnie w ciągu tygodnia na wykonywanie zawodu poświęcali 40,3 godz. Co czwarty (26%) pracował tygodniowo więcej niż 48 godz. Najczęstszą formą prawną wykonywania zawodu była indywidualna praktyka lekarska – prowadziło ją 57% respondentów.

GŁÓWNE MIEJSCE PRACY

Co drugi respondent (50%) pracował w jednej placówce, co trzeci (30%) w dwóch, a co piąta osoba miała co najmniej trzy miejsca pracy (20%). Dla niemal połowy (46%) głównym miejscem pracy (definiowanym jako miejsce, w którym respondent pracuje najwięcej godzin lub przyjmuje największą liczbę pacjentów) była ich praktyka lekarska, dla co czwartego (25%) był to podmiot leczniczy, a dla co piątego (20%) praktyka w takim podmiocie. Inne formy (np. praktyka grupowa, praca na uczelni) wskazał jako główne miejsce pracy co trzynasty (8%) respondent.

W zdecydowanej większości głównych miejsc pracy były świadczone usługi z zakresu stomatologii zachowawczej (90%) oraz protetyki (80%). W niemal trzech czwartych placówek (73%) w zakres świadczeń wchodziła stomatologia dziecięca oraz chirurgia stomatologiczna. Niemal połowa (45%) placówek miała w swym zakresie świadczeń periodontologię. Znacznie rzadziej były wykonywane usługi z zakresu en-

▲ Ryc. 2. Ocena aktualnej sytuacji zawodowej.

dodoncji, ortodoncji oraz implantologii (15-20%). Zabiegi chirurgiczne były wykonywane w co dwudziestą placówkę (5%).

Gabinety prowadzone jako indywidualne praktyki lekarskie były zazwyczaj wyposażone w jeden unit (70%), pozostałe typy placówek częściej miały większą liczbę stanowisk (przeciętnie 2,7).

PACJENCI

Respondent przyjmował przeciętnie 52,5 pacjenta tygodniowo. Dwie trzecie pacjentów (69%) stanowiły osoby dorosłe. Co ósmy pacjent (12%) miał 13-18 lat, co dziewiąty (11%) 7-12, a co trzynasty (8%) mniej niż 7 lat.

Zmiany w stosunku pacjentów do lekarza dentysty w ciągu ostatnich pięciu lat jako pozytywne ocenił co trzeci badany (33%), a jako negatywne co czwarty (27%). Satisfakcja pacjenta została oceniona jako ten aspekt praktyki, który daje lekarzom największe zadowolenie (46% odpowiedzi 9 albo 10, na skali od 1 do 10). Jako pozytywny aspekt została także oceniona lojalność pacjentów. Możliwości pozyskiwania nowych pacjentów należą do aspektów ocenianych negatywnie.

SATYSFAKCJA ZAWODOWA

Swoją sytuację zawodową pozytywnie oceniło 66% lekarzy dentystów,

w tym bardzo dobrze 8%, dobrze 32%, raczej dobrze 26%. Jedynie 7% respondentów oceniło swoją sytuację zawodową jako w mniejszym lub większym stopniu złą (ryc. 2).

Ponad połowa respondentów stwierdziła, że pozytywny wpływ na ich sytuację zawodową mają osiągnięte dochody (52%) oraz liczba pacjentów (51%). Dostępność kształcenia podyplomowego na sytuację zawodową pozytywnie ocenia 41%, a 23% negatywnie. Postawy i zachowania pacjentów odpowiednio 34% i 26%. Jako czynniki mające negatywny wpływ na sytuację zawodową wskazano wymagania wobec przedsiębiorców (59%), przepisy prawne (47%), współpracę z NFZ (41% w całej próbie, a wśród lekarzy mających aktualny kontrakt 54%) oraz konkurencję podmiotów sieciowych (36%).

OCZEKIWANIA WOBEC SAMORZĄDU ZAWODOWEGO

Pytaliśmy także o oczekiwania wobec samorządu zawodowego. Respondenci oczekują działań mających na celu wystandaryzowanie formularza zgody pacjenta na leczenie oraz przepisów i wymagań sanitarnych, starań o większą liczbę miejsc specjalizacyjnych. Liczba ocen 9 albo 10 na skali od 1 do 10 wskazuje także, że badani oczekują zniesienia zakazu zatrudnienia lekarzy w ramach praktyk lekarskich oraz merytorycznego i praktycznego wsparcia ze strony samorządu w zakresie prowadzenia działalności gospodarczej. Znaczna część badanych oczekuje od samorządu także merytorycznej pomocy w zakresie optymalizacji kosztów i działań zmierzających do obniżenia wieku emerytalnego.○

¹Badanie przeprowadzono przed wprowadzeniem zmian legislacyjnych przywracających „stare” kryteria wieku uprawniającego do emerytury.

SPROSTOWANIE W „GL” 02/2017 błędnie zostały podane informacje o autorach tekstu „Lekarze w badaniach opinii społecznej 2016”: **Anna Sitek** to socjolog i prawnik, wykładowca ODZ NIL, a **Joanna Turkiewicz** – ekonomista i socjolog, wykładowca ODZ NIL. Za błąd przepraszamy.

2 x 2 x 2

Niemal codziennie słyszymy o wielkich postępach w medycynie. To, co nieosiągalne było wczoraj – dziś jest codzienną praktyką szpitali powiatowych. Szczepienia spowodowały eradykację niegdyś groźnych chorób. Mamy nowe technologie, przeszczepy, implanty, komórki macierzyste i... do tego wszechobecną próchnicę.

👉 ANNA LELLA

20 marca obchodzimy Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej. Tego dnia ludzie z całego świata jednoczą się, by uwidocznić ogromne obciążenia, które niosą choroby jamy ustnej (90% populacji podczas swojego życia cierpi na schorzenia jamy ustnej). Jest to również okazja do przypomnienia naszym przywódcom politycznym, że inwestycja w profilaktykę to zdrowa jama ustna i poprawa ogólnego stanu zdrowia.

Choroby jamy ustnej mogą wpływać na wiele aspektów życia, począwszy od relacji osobistych, pewności siebie po radość z jedzenia, niekiedy prowadzą do izolacji społecznej. Schorzenia jamy ustnej mogą zwiększać ryzyko wystąpienia cukrzycy, chorób serca, raka trzustki i płuc. Dlatego zdrowie jamy ustnej jest niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu.

CHOROBY JAMY USTNEJ WG FDI
Dotykają 3,9 mld ludzi na całym świecie, a nieleczona próchnica – prawie połowy populacji (44%), co czyni ją najbardziej rozpowszechnioną wśród wszystkich 291 dolegliwości zawartych w globalnych obciążeniach chorób.

Na całym świecie, 60-90% dzieci w wieku szkolnym i prawie 100% dorosłych ma chorobę próchnicową.

- Choroby przyzębia mogą prowadzić do utraty zębów, cierpi na nią 15-20% dorosłych w średnim wieku (35-44 lat).
- Choroby przyzębia i nieleczona próchnica zębów mlecznych należą do czołowych 10 najbardziej rozpowszechnionych wśród wszystkich dolegliwości u dzieci.
- Około 30% osób w wieku 65-74 lata nie ma naturalnych zębów.
- Leczenie stomatologiczne jest na czwartym miejscu pod względem ponoszonych kosztów. W USA to ponad 110 mld USD, a w UE roczne wydatki na opiekę zdrowotną jamy ustnej oszacowano na 70 mld euro w latach 2008-2012, co daje większe środki niż te przekazywane na leczenie raka czy choroby układu oddechowego.
- Rak jamy ustnej jest jednym z 10 najczęściej występujących nowotworów. Może zaatakować każdą część jamy ustnej.
- Czynniki zwiększające ryzyko chorób jamy ustnej to niezdrowa dieta, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu i niewłaściwa higiena jamy ustnej.
- Choroby jamy ustnej są związane z dużym bólem i niepokojem, zakłóceniami w jedzeniu i w śnie, mogą prowadzić do upośledzenia jakości życia oraz do ostrych i chronicznych zakażeń.
- Choroby jamy ustnej mogą mieć wpływ na każdy aspekt życia, m.in. relacje międzyludzkie, pewność siebie, mogą też prowadzić do niskiej samooceny, izolacji społecznej i ograniczenia dochodów.

▲ **Plakat zachęcający się do włączenia się w obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej w dniu 20 marca.**

Zdrowie jamy ustnej jest niezbędne do utrzymania ogólnego stanu zdrowia i dobrego samopoczucia.

Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej niesie ze sobą przesłanie, że przyjęcie dobrych nawyków higieny jamy ustnej, unikanie czynników ryzyka i regularne kontrole u lekarza dentyisty pomagają zapobiegać chorobom. Kampania 2017 pokazuje, jak podstawowe funkcje jamy ustnej – możliwość mówienia, uśmiech, westchnienie i pocałunek, zapach, smak, dotyk, żucie, połykanie, wyrażanie uczuć za pomocą mimiki – wpływają na dobre samopoczucie fizjologiczne, psychiczne i społeczne.

2 X 2 X 2

Nigdy nie jest za późno. Jama ustna jest ważna w każdym wieku. FDI poprzez kampanię ŚDZJU zaleca proste działania, m.in. mycie zębów przez dwie minuty dwa razy dziennie, niepłukanie zębów wodą od razu po szczotkowaniu, lecz jedynie wypłucie po nim nadmiaru pasty, ograniczanie cukru w diecie, regularne wizyty u stomatologa (zaleca się co najmniej 2x w roku), niepalenie tytoniu, ograniczanie spożycia alkoholu.

FDI zachęca wszystkich do wzięcia udziału w tym ważnym globalnym wydarzeniu. Na swojej stronie internetowej opublikowało już liczne materiały promocyjno-edukacyjne (www.worldhealthday.org). Zachęcam do ich lektury. 🌐

Włącz się w obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej w dniu 20 marca

POMÓŻ SWOIM PACJENTOM *Żyć rozsądnie*
DBAĆ O ZDROWIE JAMY USTNEJ



Broszury, plakaty, media społecznościowe i inne materiały, **promujące** zdrowie jamy ustnej przez całe życie.

www.worlddentalhealthday.org

Partnerzy: Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej, FDI, dti, HEBEY SCHNEIDER, PHILIPS, ICD, ICD, ICD



Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

Zagubieni w ciemnościach

*Sny trzeba urzeczywistniać,
a rzeczywistość zmieniać w sen*

Osho

Mam wrażenie, że w opiece zdrowotnej coraz bardziej zaczynają nas ogarniać ciemności, błądźmy we mgle i w smogu, tylko że smog przy wietrznej pogodzie udaje się rozwiać na krótszy lub dłuższy czas, ale pojawi się ponownie, kiedy ustanie wiatr. Tak od lat w naszym kraju niczego nie robi się dla poprawy sytuacji, gdyż potrzebne są pieniądze i solidne, przemyślane plany. Nie da się tego zmienić w krótkim czasie, ale należy zacząć działać, a nie tylko mówić. W polityce zdrowotnej nasi ministralni architekci pomysłów mają aż za dużo, ale bez wizji na przyszłość.

Absurd goni absurd, szybkie ogłaszanie ustaw i rozporządzeń, które ponoć mają poprawić organizację opieki medycznej, ale przez nanoszenie ciągłych korekt prowadzą do dezinformacji zarówno pacjentów, jak i pracowników służby zdrowia. To takie senne marzenia niektórych decydentów, tyle tylko, że jak na razie to marzenia nieoparte przygotowaniem dokładnie przemyślanych planów do ich realizacji i policzeniem kosztów.

Następne marzenie to wprowadzenie odpłatności za studia medyczne, co zdaniem politycznych marzycieli pozwoli na powiększenie liczby lekarzy pracujących w Polsce. Ta odpłatność miałaby być formą stypendium, ale luksus darmowego studiowania będą musieli odpracować, czyli pozostaną w kraju – my to już znamy z innej epoki. No i dobrze, ale to i tak nie rozwiąże problemu zbyt małej liczby lekarzy i braku specjalistów. Taki świeżo upieczony doktor będzie już na starcie obciążony długiem, więc czy będzie w stanie znaleźć fundusze na dalszą edukację? Na wsparcie z budżetu państwa też nie bardzo będzie mógł liczyć, żeby zdobyć wymarzoną specjalizację – ewentualnie będzie mógł się specjalizować tylko w wyznaczonych dziedzinach, bez względu na to, czy delikwent ma predyspozycję do takiej specjalności, czy nie.

W lepszej sytuacji będą ci szczęśliwcy, którzy będą mieli odpowiednie środki pieniężne na kształcenie

i zdecydują się za nie zapłacić z własnych kieszeni, no może nie oni sami, a rodzice, czy inni sponsorzy. To kto później zabroni im na kontynuację nauki i pracy w zawodzie w innym kraju? Chociaż myślę, że oni od początku zdecydują się na wybór szybszej kariery zawodowej, niekoniecznie w kraju ukończenia studiów medycznych. Już teraz liczba przyznananych rezydentur uległa zmniejszeniu i gdzieś w tych planach kształcenia kadr lekarskich całkowicie zniknęła stomatologia. O, przepraszam – przyznano aż dwie rezydentury ze stomatologii dziecięcej na całą Polskę, a innych specjalizacji stomatologicznych nie uwzględniono.

Z kształceniem specjalizacyjnym młodych lekarzy wiąże się jeszcze jeden poważny problem – gratyfikacji finansowej dla kierowników specjalizacji, w każdym zakładzie pracy mistrz uczący czeladników otrzymuje za nauczanie zapłatę, tylko nie w służbie zdrowia. Sami na zdobycie swojej wiedzy wydali spore sumy pieniędzy, mają przekazywać swoją wiedzę i poświęcać swój czas na szkolenie młodych za darmo. Wielokrotnie samorząd lekarski i przedstawiciele towarzystw naukowych zabiegali o wprowadzenie gratyfikacji dla nauczycieli zawodu, ale od tylu lat jest to lekceważone i niedostrzegane przez rządzących. Może dobrym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie, wzorem 500 plus, dodatku dla kierowników, przecież w końcu wychowują i szkolą młode kadry.

Wielu polityków, a szczególnie kreatorów zmian, nie potrafi słuchać innych i przestać myśleć o sobie. Skupianie takie oznacza, że nie potrafi się słuchać ze zrozumieniem tego, co mówią inni, ponieważ są przewrażliwieni na swoim punkcie, gdyż uważają się za mądrych i doskonałych. A przecież ludzie nie potrafią robić rzeczy idealnych i doskonałych. Wszystko, co tworzy człowiek, jest zawsze niedoskonałe – doskonała jest tylko natura. Nie można żyć w oderwaniu od rzeczywistości, próbować zmieniać świat i rządzić, pozbywając się doświadczenia i wiedzy tych, którzy znają problemy reformowanych dziedzin. Jak chce się zmieniać świat, to trzeba mieć dokładnie dopracowane plany zmian, a nie tylko wizje i senne marzenia. (



**Marek
Szewczyński**

Radca prawny,
Naczelna Izba
Lekarska

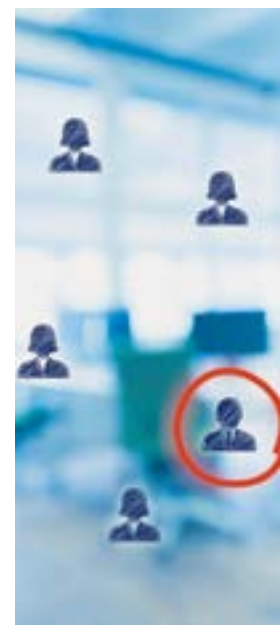


**Paulina
Tomaszewska**

Prawnik, Biuro
Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności
Zawodowej

System IMI

System Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym i jego związek z wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty.



Tak zwany rynek wewnętrzny Unii Europejskiej (UE), będący jednym z podstawowych elementów gospodarki europejskiej, jest prawdopodobnie tym elementem UE, z którym poszczególni obywatele w swym codziennym życiu prywatnym i zawodowym spotykają się najczęściej. Rynek wewnętrzny określa się jako obszar bez granic wewnętrznych, w którym jest zapewniony swobodny przepływ towarów, osób, usług i kapitału. Istnienie rynku wewnętrznego znacznie ułatwia obywatelom państw członkowskich UE zamieszkiwanie, wykonywanie pracy zarobkowej (czy to jako pracownik, czy jako przedsiębiorca), kształcenie się, podróżowanie, a nawet leczenie się na obszarze wszystkich państw tworzących UE, a nie tylko w granicach państwa, którego się jest obywatelem.

Od dawna podejmowane są przez instytucje unijne oraz krajowe działania zmierzające do usprawniania, upraszczania i przyspieszania wymiany informacji niezbędnych do realizacji poszczególnych uprawnień przysługujących w ramach rynku wewnętrznego, w ostatnim czasie ze szczególnym uwzględnieniem nowych technologii informatycznych.

Komisja Europejska, we współpracy z urzędami krajowymi, ok. 10 lat temu opracowała i wdrożyła specjal-

ne narzędzie informatyczne w celu usprawnienia wzajemnej współpracy pomiędzy administracjami państw członkowskich w procesie realizacji dyrektyw rynku wewnętrznego UE. Funkcjonuje to pod nazwą „System Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym (IMI)”.

UZNANIE KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

System funkcjonuje od 2008 r. Pierwszą grupą zagadnień, które były obsługiwane w ramach systemu IMI, były kwestie związane z uznawaniem kwalifikacji zawodowych. Osobami, które w dużym stopniu korzystają z ułatwień w podejmowaniu pracy w innych państwach UE wynikających z unijnego systemu (automatycznego) uznawania kwalifikacji zawodowych, są lekarze i lekarza dentyści. Z tego względu od samego początku swego funkcjonowania system IMI miał związek z wykonywaniem tych zawodów, a izby lekarskie – okręgowe i Naczelna – są jego użytkownikami. Jako użytkownicy systemu mają możliwość przekazywania i uzyskiwania różnego rodzaju informacji związanych z procedurą uznawania kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów: – z jednej strony w przypadku lekarzy, którzy kształcili się za granicą i ubiegają się o przyznanie uprawnień zawodowych w Polsce (takich osób jest ok. 25 rocznie) albo ubiegają się o uznanie w Polsce specjalizacji uzyskanej za granicą (takich osób jest ok. 40 rocznie),

– z drugiej strony w przypadku lekarzy z Polski zamierzających podjąć pracę w innym państwie w oparciu o uznanie kwalifikacji zawodowych uzyskanych w Polsce.

Należy zaznaczyć, że możliwość wymiany informacji w systemie IMI pomiędzy właściwymi urzędami nie zastępuje konieczności składania przez lekarza odpowiedniej dokumentacji potwierdzającej uzyskanie kwalifikacji, a w niektórych przypadkach także inne okoliczności związane z wykonywaniem zawodu (np. niekaralność) – docelowo tak ma być dopiero w przypadku ewentualnego wdrożenia w odniesieniu do zawodów lekarza i lekarza dentyisty tzw. Europejskiej Legitymacji Zawodowej¹. Jednakże niejednokrotnie możliwość uzyskania w tym trybie dodatkowych informacji albo wyjaśnień pozwala instytucji rozpatrzyć dany wniosek szybciej, bez dodatkowego angażowania wnioskodawcy w gromadzenie i przekazywanie dalszej dokumentacji.

Pomimo tego, że system uznawania kwalifikacji jest regulowany dosyć szczegółowo przepisami dyrektywy unijnej oraz że ustalone są wykazy dokumentów potwierdzających uzyskanie określonych kwalifikacji zawodowych w poszczególnych państwach UE, dokonanie wymaganych ustaleń bywa skomplikowane i wiąże się z koniecznością uzyskania dalszych informacji.

Dzięki temu, że system IMI zawiera obszerny zestaw pytań dotyczących kwestii mogących mieć w tym

IMI

To skrót od ang. Internal Market Information System, co oznacza System Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym.



kontekście znaczenie, które są dla poszczególnych użytkowników widoczne we własnym języku, oraz że wszystkie przekazywane informacje są rejestrowane w systemie, wymiana informacji jest zwykle sprawniejsza i pozwala mieć większą pewność co do ich wiarygodności i źródła pochodzenia. Co istotne, urzędy będące użytkownikami systemu IMI mają obowiązek udzielania odpowiedzi i wyjaśnień dot. zagadnień z zakresu ich kompetencji i posiadanych przez nie informacji.

▲ **Użytkownicy systemu mają możliwość przekazywania i uzyskiwania różnego rodzaju informacji związanych z procedurą uznawania kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów.**

Oczywiście jak każde tego rodzaju narzędzie również system IMI ma pewne ograniczenia i ułomności i czasem łatwiej uzyskać potrzebne informacje za pomocą innych form komunikacji.

INNE OBSZARY ZASTOSOWAŃ SYSTEMU IMI

Stopniowo system IMI obejmuje także inne dziedziny prawodawstwa regulującego rynek wewnętrzny UE, a możliwość korzystania z niego uzyskuje coraz więcej instytucji – z danych Komisji Europejskiej wynika, że w czerwcu 2016 r. zarejestrowanych było 7 246 instytucji.

System składa się obecnie z 9 modułów obejmujących poszczególne grupy zagadnień. Oprócz spraw związanych z uznawaniem kwalifikacji, system pozwala wymieniać informacje związane np. z e-handlem, delegowaniem pracowników. Ponadto ma także zastosowanie w zakresie realizacji praw pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej poza państwem, w którym posiadają ubezpieczenie zdrowotne, a następnie ubiegających się w swoim państwie o zwrot kosztów takiego leczenia. System IMI pozwala sprawdzić, czy lekarz, który

w innym kraju udzielał danego świadczenia, był do tego uprawniony. W przypadku świadczeń udzielanych w Polsce takie zapytania napływają przede wszystkim ze Szwecji.

Od stycznia 2016 r. system IMI obsługuje kolejny moduł mający związek z wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentyisty, i mogący mieć wpływ na możliwość ich wykonywania w innym państwie. Chodzi o tzw. system ostrzegania, polegający na tym, że wyznaczone instytucje danego państwa (w Polsce – okręgowe rady lekarskie) są zobowiązane do zgłaszania – właśnie za pośrednictwem systemu IMI – właściwym organom wszystkich pozostałych państw członkowskich informacji o wskazanych w dyrektywie pracownikach ochrony zdrowia, którym organ publiczny lub sąd zakazał wykonywania zawodu lub ograniczył jego zakres (czasowo lub na stałe). System ostrzegawczy obejmuje wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów – także tych, którzy nie zamierzają korzystać z uprawnień wynikających z dyrektywy, wystarczy, że są choćby teoretycznie objęci jej zakresem.

Kolejne informacje na ten temat publikować będziemy już wkrótce. ○

¹ Wbrew przyjętej nazwie, jest to de facto rodzaj elektronicznego certyfikatu w formie folderu zamieszczonego w systemie IMI zawierającego całą wymaganą dokumentację dot. danej osoby ubiegającej się o uznanie kwalifikacji i przyznanie uprawnień zawodowych, czyli dane osobowe, posiadane dokumenty dot. kwalifikacji zawodowych, zaświadczenia (np. o postawie etycznej). Na chwilę obecną ma to zastosowanie do pięciu zawodów, m.in. zawodu pielęgniarki, farmaceuty, fizjoterapeuty.

Recepty 75+ pro familiae i pro auctore

✪ **MARIUSZ TOMCZAK**

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawy do otrzymania bezpłatnego leku seniorów 75+ są następujące: ukończony 75. rok życia zweryfikowany przez numer PESEL (u osób, które go nie mają, jest to data urodzenia), litera „S” wpisana na receptę w polu „Kod uprawnień dodatkowych”, obecność w wykazie bezpłatnych leków (stanowi on część obwieszczenia refundacyjnego). Kto może wystawić receptę na bezpłatne leki? Lekarz POZ, pielęgniarka POZ oraz lekarz wystawiający receptę dla siebie i dla rodzi-

ny (małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa) – tak stanowią przepisy.

W odpowiedzi na kierowane do naszej redakcji zapytania, czy recepty pro familiae i pro auctore na bezpłatne leki z listy 75+ może wystawiać każdy lekarz, należy podkreślić, że wystawianie recept dla siebie i dla rodziny, **pod warunkiem spełnienia kryteriów określonych w ustawie** (tj. wiek pacjenta powyżej 75 lat, umieszczenie litery „S” na receptę, obecność leku na liście 75+), **jest niezależne od tego, czy osoba wystawiająca je jest lekarzem**

POZ, czy też nie. Przepisy dotyczące wystawiania recept w ramach programu 75+ wywołują natomiast inne wątpliwości. Dotyczą one tego, czy lekarze dentyści, którzy zaprzestali wykonywania zawodu, mają prawo do wystawiania w ramach programu 75+ recept pro familiae i pro auctore. W styczniu NRL zwróciła się z apelem do ministra zdrowia m.in. o zmianę przepisów tak, aby wątpliwości te usunąć i potwierdzić uprawnienie lekarzy dentyistów do wystawiania recept w ramach programu 75+. Samorząd lekarski, póki co, nie otrzymał odpowiedzi od resortu. ○

Apteki a przepisy, leki i lekarze

Hasło „apteka dla aptekarza” zdominowało dyskusję o planowanych zmianach w Prawie farmaceutycznym. Diabeł, jak mówi porzekadło, tkwi w szczegółach. Czy ceny leków wzrosną?

✎ **MARIUSZ TOMCZAK**

Zgodnie z poselskim projektem nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne nowo otwieranych aptek nie będą mogły prowadzić spółki kapitałowe tylko osoby fizyczne, które są aptekarzami.

Zezwolenia na prowadzenie apteki dziedziczyć będą tylko farmaceuci. Projekt, co warto raz jeszcze bardzo mocno podkreślić, ma dotyczyć wyłącznie nowo otwieranych placówek. Około 15 tys. aptek już działających na rynku nie zostanie w ogóle objętych nowymi regulacjami. Na początku lutego z poselskim projektem nowelizacji Prawa farmaceutycznego zapoznało się Prezydium NRL, nie zgłosiło żadnych uwag. Samorząd lekarski o wsparcie prosili wówczas Elżbieta Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej i Michał Byliniak, wiceprezes NRA. – Rozmieszczenie aptek ma duże znaczenie i powinno być dobrze przemyślane przez ustawodawców – podkreśla Maciej Hamankiewicz, prezes NRL. Jak mówi Jacek Krajewski, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, projektowane przepisy z punktu widzenia lekarza, ale również z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta, wydają się krokiem w dobrym kierunku. – Nie chcę wnikać w sprawy handlowe, ale to, że farmaceuta jest co do zasady właścicielem apteki, osobą znaną i rozpoznawaną w społeczności lokalnej, a nie anonimowym przedsiębiorcą dysponującym kilkudziesięcioma aptekami, wydaje się lepsze, bo jego kontrola i nadzór nad wydawanymi lekami są większe – mówi Krajewski.

W jego ocenie dla lekarza wystawiającego receptę współodpowiedzialność farmaceuty za aptekę jest po prostu lepsza, bowiem opieka farmaceutyczna nie powinna zostać zredukowana tylko do sprzedaży leków dla zysku. Krytycy nowelizacji podnoszą argument, że mówienie jakoby farmaceutom mniej zależało na zysku niż niefarmaceutom, to mrzonka.

WIĘCEJ SIECI. GDZIE SĄ PODATKI?

Jak wskazuje Krzysztof Łanda, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, apteki sieciowe przejmują coraz większą część rynku. – Minister zdrowia stoi na stanowisku, że zamrożenie status quo jest korzystne dla tego rynku. 30-40 proc. to są w tej chwili apteki sieciowe. I dobrze. Uważamy, że powinny mieć mniej więcej taką pozycję – tłumaczy wiceminister. W 2005 r. w naszym kraju było 45 sieci aptecznych. Obecnie jest ich ponad 400 (kilkanaście z nich ma więcej niż 50 placówek, największa – ok. 600). Z opinii przygotowanej w Biurze Analiz Sejmowych przez prof. Marka Szydło, kierownika Zakładu Prawa Konkurencji i Regulacji Sektorowej na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, wynika że przepisy zawarte w nowelizacji Prawa farmaceutycznego będą przeciwdziałać niepożądanym zjawiskom zachodzącym obecnie na rynku aptecznym, zapewnią większą konkurencję i lepszą ochronę osób korzystających z aptek. – Moim zdaniem nadmierna koncentracja aptek w nielicznych rękach jest niekorzystna zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy, a ten projekt temu

przeciwdziała – dodaje Krajewski. Z danych publicznych opłacane są m.in. leki refundowane i, od niedawna, bezpłatne leki dla seniorów 75+. Kilka miesięcy temu „Dziennik Gazeta Prawna”, po analizie danych finansowych największych sieci aptecznych, alarmował: trzech spośród czterech z nich w ogóle nie płaci podatku dochodowego (CIT), bo oficjalnie przynoszą straty. Jak mówi Marek Tomków, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, w 2016 r. sieci apteczne miały zaledwie 30 mln zł wpływów z CIT przy obrotach sięgających ok. 18 mld zł. – Dwie z trzech największych sieci aptecznych są powiązane z hurtem. Hurtownie zaopatrują głównie swoje apteki sieciowe, blokując zamówienia aptek indywidualnych – przekonuje.

W IMIENIU ZAGRANICY

Przeciwny nowelizacji i zasadzie „apteka dla aptekarza” jest Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET zrzeszający 16 podmiotów. – Głównymi udziałowcami PharmaNET-u są sieci zagraniczne. Ze statutu wynika, że ich głosy liczone są razy pięć – mówi wiceprezes NRA. W lobbing włączyły się ambasady Stanów Zjednoczonych, Izraela, Kanady i Litwy. Z punktu widzenia zagranicznych sieci rynek apteczny w Polsce jest niezwykle rentowny i perspektywiczny. Jedną z nich, obecnie dysponującą ok. 70 placówkami, zamierza otworzyć u nas kolejną setkę w ciągu kilku lat. Niedawno jej szef na konferencji prasowej oficjalnie powiedział, że są w stanie poświęcić finansowe wyrzeczenia, by obniżyć ceny w kraju matce, bo źródła zysku są, jak ujął to wprost, właśnie w Polsce. ○

45

sieci aptecznych było w Polsce w 2005 r. Obecnie – ponad 400. Największa dysponuje ok. 600 placówkami.

Maślan hydrokortyzonu w leczeniu chorób zapalnych skóry

W lecznictwie dermatologicznym szeroko wykorzystuje się miejscowe preparaty glikokortykosteroidowe [GKS]. Leki te są podstawą leczenia wszystkich zapalnych chorób skóry o podłożu immunologicznym, do których zalicza się m.in. atopowe zapalenie skóry, wyprysk, łuszczycę.

Wykorzystujemy działanie przeciwzapalne, antyproliferacyjne oraz immunosupresyjne tych preparatów. Na podstawie testu wazokonstrykcji naczyń podzielono miejscowe preparaty GKS na 7 grup w zależności od siły ich działania. Do GKS o największej sile zalicza się propionian klobetazolu i dwupropionian betametazonu, o średniej – m.in. propionian flutikazonu, aceponian metylprednizolonu, pirośluzan mometazonu i maślan hydrokortyzonu, natomiast do najsłabszej – m.in. octan hydrokortyzonu i hydrokortyzon.

MAŚLAN HYDROKORTYZONU

Produkty lecznicze zawierające maślan hydrokortyzonu występują w stężeniu 0,1% i dostępne są w wielu podłożach. Unikatową właściwością maślanu hydrokortyzonu jest fakt, że w miejscu aplikacji pozostaje on w niezmienionej formie, co w konsekwencji odpowiada za jego wysoką skuteczność kliniczną porównywalną z GKS o wyższej sile działania. Informacja ta jest niezwykle ważna dla klinicysty, gdyż pozwala na stosowanie słabszego preparatu sterydowego, co związane jest z mniejszą liczbą działań niepożądanych, równocześnie umożliwiając uzyskanie bardzo dobrego efektu klinicznego. Jest to szczególnie istotne przy prowadzeniu

terapii w atopowym zapaleniu skóry, które najczęściej dotyczy dzieci.

W przeprowadzonym teście wazokonstrykcji naczyń, wskazującym na siłę działania przeciwzapalnego wykazano, że maślan hydrokortyzonu jest istotnie silniejszy niż hydrokortyzon i porównywalny do walerianu betametazonu. W prowadzonych badaniach eksperymentalnych i na podstawie doświadczeń klinicznych stwierdzono, że maślan hydrokortyzonu, silnie i skutecznie działając przeciwzapalnie w miejscu toczącego się procesu chorobowego, nie daje żadnych systemowych działań niepożądanych. W kolejnych badaniach, analizujących miejscowe działania niepożądane maślanu hydrokortyzonu, stwierdzono, że substancja ta nie powoduje miejscowego podrażnienia i jest dobrze tolerowana. W badaniach prowadzonych na zwierzętach wykazano też bardzo niski potencjał atrofogeny tej substancji. Wysoką skuteczność kliniczną i dobrą tolerancję wykazano w wielu badaniach klinicznych u pacjentów z wypryskiem, atopowym zapaleniem skóry czy łuszczycą.

Na podstawie przytoczonych danych, a także doświadczeń własnych można stwierdzić, że maślan hydrokortyzonu jest preparatem steroidowym, zakwalifikowanym do grupy o średniej mocy działania, porównywalnym m.in. z walerianem betametazonu, jednakże wykazuje istotnie wyższy profil bezpieczeństwa. (O)

Prof. dr hab. n. med. **JOANNA NARBUTT**
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
I Katedra Dermatologii i Wenerologii

Piśmiennictwo: • Hoetzenecker W i wsp., J. Invest. Dermatol. 2004; 122: 673–684. • Belvisi M.G. i wsp., J. Immunol. 2001; 166: 1975–1982.
• Woźniacka A. i wsp., Pediatria Polska 2003; LXXVIII: 53–61. • Takeda K (1982), Jap J Dermatol 92: 503–513.
• Brazzini B, Pimpinelli N (2002), Am J Clin Dermatol 3: 47–58. • Folster-Holst R i wsp., Pharmazie 2016; 71: 115–121.

Ortopeda

„1. Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych. 2. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego. 3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu. [art. 1 KEL]. Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy [art. 14 KEL]”.

Pacjent zgłosił się do lekarza ortopedy, skarżąc się na ból kolana. Zastosowane leczenie (cztery zastrzyki w kolano oraz tabletki) nie pomogło. Zabiegi rehabilitacji lekarz wykluczył ze względu na konieczność długiego oczekiwania.

Zaproponował za to lekarstwo za 200 zł. Lekarz miał dostarczyć je pacjentowi do domu. Tam koszt leku wzrósł do 400 zł, a lekarz poprosił pacjenta o kartę kredytową, by uiścić należność. Przedstawiał walory specyfiku oraz zasady jego dystrybucji. Pacjent opowiadał, mówiąc, że nie jest zainteresowany prowadzeniem handlu lekami. W dalszej części prezentacji okazało

się, że pacjent musi zapłacić 1300 zł. Ten ponownie wyraził sprzeciw, ale lekarz już go zarejestrował jako nabywcę i przyszłego dystrybutora. Z karty kredytowej pobrano 1300 zł.

W 2013 r. do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wpłynęła skarga na lekarza, któremu pacjent zarzucał m.in. wprowadzenie go w błąd i doprowadzenie do niekorzystnego zarządzania jego mieniem. Po rozpatrzeniu skargi OROZ uznał, że naruszone zostały art. 1 oraz art. 14 KEL. Okręgowy sąd lekarski po przesłuchaniu stron i rozpatrzeniu sprawy uznał lekarza winnym i wymierzył mu karę pieniężną w wysokości dwukrotnego przeciętnego miesięcznego wy-

nagrodzenia, płatną na wskazany cel charytatywny. Od powyższego orzeczenia do Naczelnego Sądu Lekarskiego odwołał się pełnomocnik obwinionego. NSL orzekł, że OSL prawidłowo ustalił stan faktyczny, w oparciu o prawidłowo zebrany i wszechstronnie oceniony materiał dowodowy. Podzielił też przekonanie OSL, że obwiniony wykorzystał swój wpływ na pacjentkę nie tylko w celach leczniczych, a postępowanie lekarza naruszyło godność zawodu. NSL utrzymał w mocy orzeczenie OSL, co zostało zaskarżone przez pełnomocnika obwinionego do Sądu Najwyższego. Po rozpatrzeniu sprawy SN oddalił kasację jako bezzasadną. ○



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej postawił zarzut naruszenia art. 1 i art. 14 KEL. Sądy wszystkich instancji potwierdziły zasadność tego zarzutu, a naruszenie uznano za oczywiste. Rzecznik nie zdecydował się natomiast postawić zarzutu naruszenia art. 57 KEL. Na podstawie tej normy stosowanie metod niemedycznych, czyli bezwartościowych i niezwyfikowanych naukowo, w razie wystąpienia negatywnych skutków w wyniku ich zastosowania przez lekarza może stanowić podstawę do pociągnięcia go do odpowiedzialności zarówno cywilnej (odszkodowawczej), jak i karnej, a co ważne, wiąże się – nawet przy braku wystąpienia niepożądanych skutków – z poniesieniem konsekwencji w zakresie odpowiedzialności zawodowej. Innymi słowy, stosowanie tego rodzaju metod jest definitywnie zabronione. Ponadto, w art. 57 ust. 2 KEL została ograniczona swoboda wyboru formy diagnostyki lub terapii. Zgodnie z powyższym, lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać chorego na nieuzasadnione koszty. Co więcej, lekarz nie powinien dokonywać rekomendacji

metody leczenia ze względu na własne korzyści (art. 57 ust. 3 KEL). Wskazane normy w sposób bezpośredni nawiązują do art. 6 KEL, który stanowi, że lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Nie oznacza to oczywiście przyzwolenia na stosowanie metod ewidentnie zbędnych, choćby nie były one finansowane ze środków własnych chorego. Zdarza się niekiedy, że to pacjent żąda od lekarza wdrożenia niepotrzebnej (z punktu widzenia wiedzy medycznej) metody diagnostycznej lub leczniczej, ale to przede wszystkim lekarz podejmuje decyzje o ich stosowaniu i on ponosi za to odpowiedzialność. Nie ulega przy tym wątpliwości, iż chybione są argumenty zwolenników metod niemedycznych, które uzasadniają dopuszczalność stosowania tych metod z uwagi na uprawnienie lekarza do swobodnego wyboru metod postępowania (art. 6 KEL). Jak bowiem słusznie wskazuje E. Zielińska, „lekarz ma wykonywać swój zawód lege artis, tzn. zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej”. Granicę swobody działań zawodowych lekarza wyznacza właśnie aktualna wiedza medyczna, a ponadto rzeczywiste potrzeby pacjenta. ○

Gdy uchwalano KEL

W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” publikowaliśmy wspomnienia twórców Kodeksu Etyki Lekarskiej, którzy 14 grudnia w Hali Sportowej Włókniarz w Bielsku-Białej opowiadali, jak ćwierć wieku temu pracowali nad ostatecznym kształtem tego dokumentu. Ciężka praca dotyczyła jednak nie tylko tworzenia kodeksu. Równie mocno zaangażowani byli ci, którzy organizowali i prowadzili II NKZL, podczas którego uchwalono KEL. Trud ten podjęła Beskidzka Izba Lekarska.

● LIDIA SULIKOWSKA



Ryszard Batycki

(I prezes ORL Beskidzkiej Izby Lekarskiej, organizator Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy)



Jan Ciećkiewicz

(I prezes ORL w Krakowie, przewodniczący Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy)

^ 25-lecie
Kodeksu Etyki
Lekarskiej
w Hali Sporto-
wej Włókniarz
w Bielsku-Białej.

Gdy cofam się o tych 25 lat, to zastanawiam się, jak to możliwe, że właśnie nam przyznano organizację tego zjazdu. Byliśmy wówczas jedną z najmniejszych izb lekarskich. W organizacji tego przedsięwzięcia uczestniczyło 50 kolegów i koleżanek z naszej izby oraz 4 panie z administracji. Musieliśmy udźwignąć tak duże przedsięwzięcie. Wielkie słowa uznania należą się kole-dze Markowi Wietrznemu, który bardzo nam wówczas pomógł. Dzięki ciężkiej pracy i zaangażowaniu udało się nam przygotować wszystko na czas. Przyjechało prawie 1000 osób z całej Polski. Atmosfera obrad była niepowtarzalna, oficjalne dyskusje trwały do późnych godzin nocnych. To właśnie podczas II NKZL uchwalono KEL, z czego do dziś jesteśmy dumni. Były emocje, długie rozmowy i na dodatek wielka śnieżycą. Bielsko-Biała na moment stała się stolicą lekarskiego świata, gdzie lekarze i lekarze dentyści ścierali swoje poglądy i osiągnęli kompromis w tak ważnych dla naszego środowiska sprawach. ●

Jechałem na ten zjazd jako skromny delegat. Nie planowałem, że stanę przewodniczącym. Byłem zupełnie zaskoczony, gdy mnie wybrano. To nie były łatwe obrady. Szybko okazało się, że w sprawie KEL są trzy grupy przeciwnych racji. Jedna przywiązana była do zasad deontologiczno-lekarskich polskiego lekarza opracowanych przez PTL. Uważano, że skoro zasady są, to nie trzeba uchylać nowych. Inna grupa uważała, że najlepiej, żeby kodeksu mówiącego o zasadach etyki w ogóle nie było. Rozpoczęła się gorąca dyskusja. Przed budynkiem zorganizowano pikietę protestacyjną. Po burzliwych obradach przystąpiono do głosowania nad uchwaleniem Kodeksu Etyki Lekarskiej. W końcu przyjęto uchwałę, dzięki której mógł zostać wprowadzony w życie. Po latach raz jeszcze dziękuję wszystkim za świetną organizację. Gdyby nie ona, nie udało się tego zjazdu tak sprawnie przeprowadzić. ●

Hipertensjologia to odrębna specjalność



Z prof. **Andrzejem Tykarskim**, prezesem Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Za sprawą Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego od 2006 r. hipertensjologia jest odrębną specjalnością. Co o tym zdecydowało?

Nadciśnienie tętnicze stało się problemem społecznym, ponieważ z tą chorobą zmagają się już 10 mln dorosłych Polaków i, co istotne, wśród nich znajdują się trudne przypadki tzw. nadciśnienia wtórnego wymagające specjalnego podejścia. Takich chorych powinni diagnozować i prowadzić lekarze, którzy są do tego przygotowani na pewnym szczególnym poziomie. Nadciśnienie tętnicze wymaga nie tylko wiedzy kardiologicznej, to choroba z pogranicza kardiologii, endokrynologii i nefrologii. I właśnie te przesłanki zdecydowały, że PTNT zabiegało o to, by hipertensjologię uznać za odrębną specjalność. Obecnie mamy wykształconych około 400 specjalistów w tej dziedzinie. Część z nich jest zatrudnionych w 10 klinikach hipertensjologicznych w całym kraju, gdzie trafiają najtrudniejsze przypadki nadciśnienia tętniczego. Część hipertensjologów pracuje w poradniach hipertensjologicznych, które funkcjonują głównie przy klinikach, choć powinny działać w każdym większym mieście.

GL Hipertensjologia jest podawana jako przykład zbytniego „uszczegółowiania” medycyny. Jakie są argumenty przeczące tej tezie?

Tak jak dziś nikt nie kwestionuje diabetologii, która przecież wyrosła z endokrynologii, tak samo nie powinno się poddawać w wątpliwość zasadności wyodrębnienia hipertensjologii jako specjalizacji. O tym decyduje charakter społeczny choroby, a w przypadku nadciśnienia tętniczego przybiera ona coraz większe rozmiary. Pacjentów z nadciśnieniem tętniczym opornym przybywa i potrzebują oni fachowej opieki medycznej.

GL Co kryje się pod terminem nadciśnienie oporne? Nadciśnienie tętnicze oporne to takie przypadki, w których

mimo stosowania trzech leków hipotensyjnych w pełnych dawkach nie udaje się uzyskać dobrej kontroli ciśnienia, czyli wartości poniżej 140/90 mm Hg. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym opornym wymagają szczególnej diagnostyki w celu wykrycia podłoża oporności oraz relatywnie częstych u nich wtórnych postaci nadciśnienia, czyli spowodowanych konkretną przyczyną, niekiedy usuwalną (np. zwężeniem tętnicy nerkowej lub hormonalnie czynnym guzem nadnerczy).

GL Nadciśnienie tętnicze leczą lekarze rodzinni, interniści, kardiolodzy i hipertensjolodzy. Którego wybrać?

Większość przypadków nadciśnienia tętniczego powinni leczyć lekarze opieki podstawowej, a więc lekarze rodzinni i interniści. Jeśli jest już ono obciążone powikłaniami sercowo-naczyniowymi, pacjentem często musi się zająć kardiolog lub neurolog. W sytuacji podejrzenia nadciśnienia tętniczego wtórnego lub opornego na leczenie, diagnostykę i leczenie podejmują hipertensjolodzy. Należy zaznaczyć, że złe prowadzenie pacjenta z nadciśnieniem tętniczym przyspiesza powikłania, a więc skraca życie. Zatem wybór właściwego lekarza ma kluczowe znaczenie.

GL Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego opracowuje wytyczne w sprawie postępowania w tej chorobie.

Tak. Co kilka lat powstają zalecenia Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (współtworzy je około 40 specjalistów), i na ich kanwie opracowujemy własne wytyczne, dostosowując je do polskich realiów. Najnowsze wytyczne PTNT pochodzą z 2015 r., a kolejne ukażą się w 2018 r. Miałem przyjemność koordynować prace nad nimi i mogę powiedzieć, że mają one bardzo praktyczny wymiar. To ważne, bo lekarze praktycy potrzebują skondensowanej informacji, jak diagnozować i leczyć



nadciśnienie tętnicze według aktualnego stanu wiedzy medycznej. Jak wynika z analiz wystawianych recept na leki hipotensyjne, wytyczne mają wpływ na wybory terapeutyczne dokonywane przez lekarzy. Jeśli chodzi o metody leczenia, nie różnimy się od reszty świata, ale dostępność do niektórych metod diagnostycznych jest u nas gorsza. Przykładowo, liczba aparatów do 24-godzinnego monitorowania ciśnienia, niezbędnych do definitywnego rozpoznania nadciśnienia tętniczego (pojedyncze pomiary standardowym ciśnieniomierzem nie zawsze odpowiedzą na to pytanie), jest w Polsce mniejsza niż w innych krajach UE. Jeśli chodzi o dostępność do leków hipotensyjnych, nie odbiegamy od innych. Wprawdzie nie wszystkie z tych leków, jakbyśmy sobie życzyli, są na listach opłat ryczałtowych czy na listach 75+, ale znajdują się w zasięgu możliwości pacjentów.

GL Kiedy pojawiają się kłopoty z ciśnieniem?

Przyczyny nadciśnienia tętniczego są złożone. W połowie należy ich szukać w genach, a więc w spadku po przodkach, a w połowie odpowiada za nie nasz niezdrowy tryb życia – otyłość, nadmierne spożycie soli, brak ruchu. Tak przynajmniej określa się etiopatogenezę nadciśnienia pierwotnego, które dotyczy 95-98 proc. przypadków. Reszta to wspomniane nadciśnienia wtórne, wymagające diagnostyki w centrach hipertensjologicznych. Nową grupę pacjentów z nadciśnieniem tętniczym stanowią dzieci. Jeszcze kilka lat temu byli to głównie pacjenci z chorobami nerek, obecnie są to także, wydawałoby się zdrowi,

▲ **Prof. Andrzej Tykarski:**
– Mamy 400 hipertensjologów, a potrzeba ich dwukrotnie więcej.

10-15-latkowie, ale już z problemem nadwagi lub otyłości, odżywiający się fast-foodami, spędzający czas przy komputerach. Zagrożenie nadciśnieniem wzrasta z wiekiem, w średnim wieku częściej dotyka mężczyzn. Kobiety zapadają na tę chorobę częściej w okresie menopauzy i po menopauzie, ponieważ wcześniej miały ochronę estrogenową. Wśród dorosłych Polaków jedna trzecia ma nadciśnienie tętnicze, ale w wieku podeszłym już dwie trzecie.

GL Czy trudno zrobić specjalizację z hipertensjologii?

Warunkiem specjalizowania się w hipertensjologii jest uzyskanie najpierw specjalizacji z interny. Jeszcze kilka lat temu interniści chętnie wybierali tę ścieżkę specjalizacyjną. Obecnie, kiedy interna stała się mniej popularna, automatycznie spadło zainteresowanie hipertensjologią. Być może w przyszłości to się zmieni. PTNT chce, aby w hipertensjologii móc specjalizować się systemem modułowym. To – być może – zachęci lekarzy do wyboru tego kierunku. Mamy 400 hipertensjologów, a potrzeba ich dwukrotnie więcej. Podobnie jak referencyjnych ośrodków, gdzie leczy się nadciśnienie tętnicze wtórne. Myślę, że zwiększenie ich liczby do 20 rozwiązałoby problem dostępności, z którą obecnie bywa różnie.

GL Są też kontrowersje na temat metod leczenia nadciśnienia tętniczego.

Chodzi o metodę leczenia nadciśnienia tętniczego opornego, polegającą na denerwacji tętnic nerkowych. Wydawało się, że to będzie hit. Badania amerykańskie wykazały jednak, że jej skuteczność jest wątpliwa, ale np. Niemcy wciąż ją stosują. Postępu w leczeniu nadciśnienia tętniczego upatruje się obecnie przede wszystkim w opracowywaniu leków złożonych, które zawierałyby w jednej tabletki dwa do trzech preparatów hipotensyjnych, a także statyn wpływających na obniżenie poziomu cholesterolu, który u chorych na nadciśnienie tętnicze jest często podwyższony. To dobry kierunek, ponieważ im mniej leków, tym chętniej pacjent współpracuje z lekarzem, tym łatwiej go przekonać do regularnego ich zażywania.

GL Jaki udział ma PTNT w podnoszeniu kwalifikacji lekarzy zajmujących się leczeniem nadciśnienia tętniczego?

PTNT prowadzi specjalizację z hipertensjologii, z udziałem konsultanta krajowego w tej dziedzinie, który jest „z kłucza” członkiem Zarządu Głównego naszego towarzystwa i konsultantów wojewódzkich. Na każdym posiedzeniu ZG jest więc podejmowany temat specjalizacji z hipertensjologii i dostosowania wiedzy wymaganej na egzaminie do realiów. Towarzystwo patronuje konferencjom służącym podnoszeniu kwalifikacji, co dwa lata organizuje zjazd krajowy PTNT, a raz w roku zaawansowany kurs hipertensjologii. We wszystkich miastach wojewódzkich organizujemy cykl konferencji o nowościach w hipertensjologii i wydajemy pismo naukowe „Arterial Hypertension”. Tych aktywności jest naprawdę wiele. ○

BIULETYN

NR 1 (173) ROK XXVII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, I 2017

© REDAKTOR NACZELNY: MAREK JODŁOWSKI

Posiedzenie NRL – 13 stycznia 2017 r.

**UCHWAŁA Nr 1/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 stycznia 2017 r.
w sprawie szczegółowego trybu
postępowania w sprawach przyznawania
prawa wykonywania zawodu lekarza
i lekarza dentysty oraz prowadzenia
rejestrów lekarzy i lekarzy dentystów**

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.) i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6, 7 i 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 i 2020) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Uchwała określa tryb postępowania w sprawach przyznawania i utraty prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz zasady i tryb prowadzenia okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów oraz Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Uchwała określa także tryb postępowania w sprawach, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 3-7 i ust. 2.

3. Szczegółowy tryb postępowania, o których mowa w ust. 1 i 2, określa Regulamin szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, zwany dalej „regulaminem”, stanowiący załącznik nr 1 do uchwały.

§ 2.

1. Postępowanie w sprawach określonych w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty”, prowadzi się zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego i przepisami uchwały.

2. Do prowadzenia postępowań określonych w uchwale w pierwszej instancji właściwa jest okręgowa rada lekarska okręgowej izby lekarskiej, której lekarz zamierza być lub jest członkiem, zaś w drugiej instancji – Naczelna Rada Lekarska.

§ 3.

Użyte w uchwale określenia oznaczają:

1) dotychczasowe przepisy – przepisy obowiązujące przed wejściem w życie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

2) Centralny Rejestr – Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej;

3) formalne kwalifikacje lekarza – ukończone wyższe studia medyczne potwierdzone uzyskaniem

tytułu zawodowego lekarza, lekarza dentysty lub tytułu uznanego za równorzędny oraz odbycie szkolenia podyplomowego lub spełnienie dodatkowych wymogów niezbędnych do uzyskania uprawnienia do wykonywania zawodu w jednym z państw członkowskich UE;

4) LDEK – Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy;

5) LEK – Lekarski Egzamin Końcowy;

6) lekarz bez bliższego określenia – również lekarza UE, lekarza cudzoziemca, w tym lekarza dentystę;

7) lekarz cudzoziemiec – lekarz, lekarz dentysta nie będący obywatelem państwa członkowskiego UE;

8) lekarz z UE – lekarz, lekarz dentysta będący obywatelem państwa członkowskiego UE, posiadający formalne kwalifikacje lekarza, uzyskane w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE;

9) Naczelna Izba – Naczelna Izba Lekarska;

10) obywatel państwa członkowskiego UE – obywatel państwa członkowskiego UE oraz osoby, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

11) ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza – również ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty; przyznawane na podstawie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty do dnia 31 grudnia 2016 r.;

12) „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza” (dokument) – również „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” lub „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa”; wydawane na podstawie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty do dnia 31 grudnia 2016 r.;

13) okręgowa izba – okręgowa izba lekarska lub Wojskowa Izba Lekarska;

14) okręgowy rejestr – okręgowy rejestr lekarzy i lekarzy dentystów;

15) państwo członkowskie UE – państwo członkowskie Unii Europejskiej, państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym (tj. Islandia, Lichtenstein, Norwegia) oraz Konfederacja Szwajcarska;

16) prawo wykonywania zawodu lekarza – również prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty;

17) prawo do wykonywania zawodu lekarza – uprawnienie do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty na terenie jednego z państw członkowskich UE, potwierdzone odpowiednim dokumentem;

18) „Prawo wykonywania zawodu lekarza” (dokument) – również „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa”;

19) system IMI – System Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym IMI, o którym mowa w art. 6a ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

20) zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu – zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza lub zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza dentysty albo zaświadczenie o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarskiej lub zaświadczenie o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej.

§ 4.

1. Na wniosek lekarza okręgowa rada lekarska przeprowadza postępowanie w sprawach:

1) przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza;

2) przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności;

3) wpisania na listę członków i dokonania wpisu do rejestru lekarzy;

4) przeniesienia na obszar działania innej okręgowej izby;

5) zaprzestania wykonywania zawodu lekarza na czas nieokreślony;

6) podjęcia wykonywania zawodu lekarza;

7) potwierdzenia posiadanych formalnych kwalifikacji lekarza, kwalifikacji w zakresie specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych, posiadania prawa wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej oraz właściwej postawy etycznej lekarza i braku informacji o zdarzeniach mogących mieć wpływ na wykonywanie zawodu w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE.

2. Okręgowa rada lekarska przeprowadza z urzędu postępowanie w przypadku:

1) stwierdzenia niepodjęcia wykonywania zawodu lekarza lub przerwy w wykonywaniu zawodu lekarza przez okres dłuższy niż 5 lat;

2) zawieszenia lekarza w wykonywaniu zawodu, o którym mowa w § 13;

3) ograniczenia lekarza w wykonywaniu zawodu, o którym mowa w § 12;

4) utraty przez lekarza obywatelstwa polskiego lub obywatelstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE;

5) całkowitego lub częściowego ubezwłasnowolnienia lekarza;

- 6) upływu czasu, na jaki lekarzowi zostało przyznane prawo wykonywania zawodu;
- 7) zrzeczenia się przez lekarza prawa wykonywania zawodu;
- 8) pozbawienia lekarza prawa wykonywania zawodu;
- 9) uzyskania wiarygodnej informacji dotyczącej postawy etycznej i zdarzeń mogących mieć wpływ na podjęcie lub wykonywanie zawodu przez lekarza na obszarze innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE;
- 10) otrzymania ostrzeżenia, o którym mowa w art. 113a ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, zawierającego informację o zdarzeniach mogących mieć wpływ na wykonywanie zawodu przez lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) śmierci lekarza.

§ 5.

1. Wraz z wnioskiem o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza lub prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności lekarz jest zobowiązany przedstawić okręgowej radzie lekarskiej okręgowej izby, na obszarze której zamierza wykonywać zawód, dowody spełnienia warunków określonych odpowiednio w art. 5 ust. 1-6, art. 5a-5c albo art. 7 ust. 1, 1a, 2 i 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, potwierdzone dokumentami, o których mowa odpowiednio w art. 6 ust. 1-7 i 9 albo art. 7 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
2. Lekarz z UE, który zamierza tymczasowo i okazjonalnie wykonywać zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, składa w okręgowej izbie właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu dokumenty, o których mowa w art. 9 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z zasadami określonymi w art. 9 ust. 3 i 4 tej ustawy.

§ 6.

1. Lekarz, za wyjątkiem lekarza z UE, który dotychczas nie posiadał prawa wykonywania zawodu lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, lub lekarz, o którym mowa w art. 5 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, może mieć przyznane przez okręgową radę lekarską wyłącznie prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego.
2. Lekarz, o którym mowa w art. 5f ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, może mieć przyznane przez okręgową radę lekarską wyłącznie prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2016 r. poz. 65).
3. Okręgowa rada lekarska, rozpatrując wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, złożony przez lekarza cudzoziemca, ocenia spełnienie warunków, o których mowa w art. 7 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, oraz powinna ustalić, czy wnioskodawca uzyskał prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z: 1) przepisami ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1990), tj. czy posiada:
 - a) wizę (krajową lub Schengen), uprawniającą do wielokrotnego wjazdu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

- b) zezwolenie na pobyt czasowy,
- c) zezwolenie na pobyt stały;
- 2) przepisami ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1836 i 2003), tj. czy posiada:
 - a) status uchodźcy nadany w Rzeczypospolitej Polskiej,
 - b) decyzję o udzieleniu ochrony uzupełniającej,
 - c) decyzję o udzieleniu ochrony czasowej;
- 3) dokumentem pobytowym wydany zgodnie z rozporządzeniem Rady (WE) 1030/2002 z dnia 13 czerwca 2002 r. ustanawiającym jednolity wzór dokumentów pobytowych dla obywateli państw trzecich.
4. Okręgowa rada lekarska, rozpatrując wniosek lekarza cudzoziemca o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza, ocenia spełnienie warunków, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
5. Okręgowa rada lekarska, rozpatrując wniosek lekarza cudzoziemca o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza wyłącznie w celu określonym w art. 7 ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, oprócz oceny spełnienia warunków określonych w art. 7 ust. 1 i 1a, powinna ustalić, czy wnioskodawca spełnia warunki, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. — Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1842, 1933, 2169 i 2260) i rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 października 2006 r. w sprawie podejmowania i odbywania przez cudzoziemców studiów i szkoleń oraz ich uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1501).
6. Lekarz cudzoziemiec posiadający prawo wykonywania zawodu przyznane na czas określony, który nie spełnia wymogu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt 6 i 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, może mieć ponownie przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza, na czas nieokreślony albo na czas określony, jeżeli przed dniem 27 września 1998 r. uzyskał prawo wykonywania zawodu lekarza, na czas określony, stwierdzone na podstawie dotychczasowych przepisów.

§ 7.

1. Lekarz, który utracił prawo wykonywania zawodu na podstawie art. 14 pkt 1 i 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, stwierdzone na podstawie dotychczasowych przepisów, może mieć przyznane prawo wykonywania zawodu przez okręgową radę lekarską, jeżeli spełnia warunki, o których mowa w art. 5 ust. 1 i 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, z zastrzeżeniem ust. 4.
2. W odniesieniu do lekarza, o którym mowa w ust. 1, okręgowa rada lekarska uznaje za spełnienie wymogów, określonych w art. 5 ust. 3 lub art. 7 ust. 1 pkt 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przedstawienie przez lekarza odpowiedniego dokumentu, wystawionego przez uprawniony podmiot, potwierdzającego:
 - 1) wykonywanie zawodu pod kierownictwem lekarza, uprawnionego do samodzielnego wykonywania zawodu, przez okres jednego roku od uzyskania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu, zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 50, poz. 458, z późn. zm.²), na jednej z poniżej wskazanych podstaw:
 - a) instrukcji Ministra Zdrowia Nr 69/58 z dnia 27 grudnia 1958 r. (KD-54/58) w sprawie zatrudniania lekarzy przystępujących do pracy po uzyskaniu dyplomu (Dz. Urz. Min. Zdr. z 1959 r. Nr 1, poz.

- 6 i Nr 9, poz. 47 oraz Dz. Urz. Min. Zdr. z 1962 r. Nr 28, poz. 142) i odpowiednio instrukcji Nr 40/59 Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 1959 r. (KR-614/59) w sprawie programu szkolenia i obowiązków lekarzy stażystów (Dz. Urz. Min. Zdr. Nr 20, poz. 91) lub instrukcji Nr 16/61 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 marca 1961 r. (KD.1207/46/1/60) zmieniającej instrukcję nr 40/59 w sprawie programu szkolenia i obowiązków lekarzy stażystów (Dz. Urz. MZiOŚ Nr 7, poz. 25),
- b) instrukcji Ministra Zdrowia nr 45/59 z dnia 16 listopada 1959 r. w sprawie przejściowych zasad zatrudniania lekarzy absolwentów oddziałów pediatrycznych akademii medycznych przystających do pracy po uzyskaniu dyplomu (Dz. Urz. Min. Zdr. Nr 21, poz. 97 oraz Dz. Urz. Min. Zdr. z 1962 r. Nr 28, poz. 142),
- c) instrukcji Nr 50/62 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 listopada 1962 r. (KT.54/148/62) w sprawie zatrudniania lekarzy przystępujących do pracy po otrzymaniu dyplomu (Dz. Urz. MZiOŚ Nr 24, poz. 148) i instrukcji Nr 7/63 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 lutego 1963 r. (NS-B-5001/63) w sprawie programu szkolenia i obowiązków lekarzy stażystów (Dz. Urz. MZiOŚ Nr 5, poz. 34),
- d) instrukcji Nr 2/69 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 stycznia 1969 r. (PZ 053/58/68) w sprawie praktyk podyplomowych lekarzy (Dz. Urz. MZiOŚ Nr 4, poz. 13),
- e) instrukcji Nr 29/71 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 października 1971 r. w sprawie wstępnego stażu pracy lekarzy-absolwentów akademii medycznych (Dz. Urz. MZiOŚ Nr 21, poz. 110) i od 1985 r. programu wstępnego stażu pracy (stażu podyplomowego) z dnia 13 grudnia 1984 r. i załącznika 1a karty stażu podyplomowego (pismo okólne Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej ND-544-Og/78/M/84),
- f) zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 sierpnia 1987 r. w sprawie przedłużenia okresu wstępnego stażu pracy absolwentów akademii medycznych (Dz. Urz. MZiOŚ Nr 10, poz. 68),
- a w przypadku absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej:
 - a) zarządzenia Ministrów Obrony Narodowej oraz Zdrowia z dnia 25 września 1959 r. w sprawie odbywania stażu przez absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej (Dz. Rozk. MON Nr 21, poz. 125),
 - b) zarządzenia Ministrów Obrony Narodowej oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 lipca 1964 r. w sprawie odbywania stażu lekarskiego przez absolwentów Wydziału Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej (Dz. Rozk. MON Nr 12, poz. 70),
 - c) zarządzenia Ministrów Obrony Narodowej oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 lutego 1971 r. w sprawie odbywania praktyk podyplomowych absolwentów Wydziału Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej (Dz. Rozk. MON Nr 6, poz. 20) lub zarządzenia Ministrów Obrony Narodowej oraz Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 stycznia 1972 r. zmieniającego zarządzenie z dnia 18 lutego 1971 r. w sprawie odbywania praktyk podyplomowych absolwentów Wydziału Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej (Dz. Rozk. MON Nr 1, poz. 3);
 - 2) odbycie stażu podyplomowego lub uznanie wykonywania zawodu za granicą za równoważne ze spełnieniem wymogu, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza, na podstawie zezwolenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na wykonywa-

nie zawodu przez lekarza cudzoziemca, wydanego zgodnie z art. 3 tej ustawy.

3. W odniesieniu do lekarza dentysty, o którym mowa w ust. 1, okręgowa rada lekarska uznaje za spełnienie wymogów, określonych w art. 5 ust. 3 lub art. 7 ust. 1 pkt 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przedstawienie przez lekarza dentystę odpowiedniego dokumentu, wystawionego przez uprawniony podmiot, potwierdzającego: 1) odbycie jednorocznej praktyki przygotowawczej lekarsko-dentystycznej po ukończeniu studiów, o której mowa w art. 1 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R.P. z 1934 r. Nr 4, poz. 32, z późn. zm.³⁾), na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 1948 r. wydanego w porozumieniu z Ministrem Oświaty o odbywaniu praktyki przygotowawczej lekarsko-dentystycznej (Dz. U. Nr 17, poz. 118) i wytycznych Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dla realizacji praktyki przygotowawczej lekarsko-dentystycznej z dnia 24 sierpnia 1993 r. (PNK-SL-1047-g.35/93) oraz zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza stomatologa pod kierunkiem lekarza stomatologa uprawnionego do samodzielnego wykonywania zawodu; 2) uznanie wykonywania zawodu za granicą za równoważne ze spełnieniem wymogu, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza, na podstawie zezwolenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na wykonywanie zawodu przez lekarza dentystę cudzoziemca, wydanego zgodnie z art. 3 tej ustawy albo przez lekarza dentystę cudzoziemca, wydanego na podstawie art. 3 lit. b w związku z art. 1 ust. 1 pkt 3 oraz rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 19 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej.

4. Okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza bez spełnienia wymogu, o którym mowa w art. 5 ust. 4 i 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli lekarz spełnia jeden z poniżej wskazanych warunków:

1) ukończył staż podyplomowy, odbywany na podstawie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, do dnia 30 września 2004 r.; 2) wykonywał zawód pod kierownictwem lekarza uprawnionego do samodzielnego wykonywania zawodu przez okres jednego roku od uzyskania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu, odbył jednoroczną praktykę lekarsko-dentystyczną po ukończeniu studiów lub odbył staż podyplomowy na podstawie zezwolenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej – na podstawie przepisów, o których mowa w ust. 2;

3) jest obywatelem państwa członkowskiego UE i uzyskał uznanie stażu podyplomowego odbytego przed dniem 30 września 2004 r. poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny w całości ze stażem odbytym w Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie odrębnych przepisów.

§ 8.

1. Okręgowa rada lekarska, podejmując uchwałę w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza lub prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności, równocześnie wpisuje lekarza na listę członków okręgowej izby i do okręgowego rejestru. 2. W przypadku, gdy uchwała, o której mowa w ust. 1, podejmowana jest na wniosek lekarza z UE, w uchwale dodatkowo stwierdza się uznanie

formalnych kwalifikacji lekarza.

3. Okręgowa rada lekarska w uchwale, o której mowa w ust. 1, oznacza prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności jednolitym numerem, który otrzymuje z Centralnego Rejestru.

4. Numer, o którym mowa w ust. 3, stanowi siedmiocyfrową liczbę wyznaczaną na podstawie identyfikatora systemowego ustalonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w porozumieniu z Naczelną Radą Lekarską jako numer identyfikacyjny lekarza i przekazanego Naczelnej Radzie Lekarskiej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zgodnie z art. 56 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 372, 1265 i 2020).

§ 9.

Jeżeli postępowanie dotyczy lekarza, w stosunku do którego okręgowa rada lekarska uzyska wiarygodną informację dotyczącą zdarzeń, które wystąpiły na terytorium lub poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, mogących mieć wpływ na podjęcie zawodu lekarza w rozumieniu art. 5 ust. 1 pkt 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, okręgowa rada lekarska rozpatruje te informacje w odniesieniu do warunku nienagannej postawy etycznej.

§ 10.

1. Uchwała okręgowej rady lekarskiej lub Naczelnej Rady Lekarskiej o przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza lub prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności jest podstawą do wydania przez okręgową radę lekarską dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza”.

2. Do dokonywania wpisów w dokumentach, o których mowa w ust. 1, uprawniona jest wyłącznie okręgowa rada lekarska.

3. Dokument, o którym mowa w ust. 1, wydawany jest lekarzowi bezpłatnie.

4. Lekarzowi nie wolno odstępować dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” innej osobie oraz przysyłać go w obrocie krajowym i zagranicznym.

§ 11.

Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej lub pełniący służbę, na czas tej służby, zostaje wpisany na listę członków Wojskowej Izby Lekarskiej, której rada przyznaje mu prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, jeżeli nie uzyskał go uprzednio.

§ 12.

1. Lekarz jest ograniczany w wykonywaniu zawodu poprzez ograniczenie w wykonywaniu określonych czynności medycznych lub w określonym zakresie lub w niektórych formach wykonywania zawodu na jednej z poniżej wskazanych podstaw:

1) orzeczenie sądu lekarskiego albo postanowienie sądu lekarskiego; 2) orzeczenie sądu o zastosowaniu środka karnego albo środka zabezpieczającego w postaci zakazu wykonywania zawodu; 3) orzeczenie sądu albo prokuratora o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu.

2. Lekarz jest ograniczany w wykonywaniu zawodu w zakresie, o którym mowa w ust. 1, również na

podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej, podjętej na podstawie art. 11 ust. 4 albo art. 12 ust. 3 lub 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

§ 13.

Lekarz jest zawieszany w wykonywaniu zawodu na jednej z poniżej wskazanych podstaw:

1) orzeczenie sądu lekarskiego albo postanowienie sądu lekarskiego; 2) orzeczenie sądu o zastosowaniu środka karnego albo środka zabezpieczającego w postaci zakazu wykonywania zawodu; 3) orzeczenie sądu albo prokuratora o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu; 4) uchwała okręgowej rady lekarskiej, podjęta na podstawie art. 11 ust. 4 albo art. 12 ust. 3 lub 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

§ 14.

1. Lekarz traci prawo wykonywania zawodu lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej w razie zaistnienia jednej z poniżej wskazanych przyczyn:

1) zaistnienie okoliczności, o których mowa w art. 14 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty; 2) pozbawienie prawa wykonywania zawodu; 3) zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu. 2. Lekarz traci prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej w razie zaistnienia jednej z poniżej wymienionych przyczyn:

1) zaistnienie okoliczności, o których mowa w ust. 1; 2) odbycie stażu podyplomowego; 3) odbycie części stażu podyplomowego – w związku z uznaniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z odrębnymi przepisami, jedynie części stażu odbytego za granicą; 4) odbycie stażu adaptacyjnego albo złożenie testu umiejętności.

3. Lekarz jest zobowiązany do niezwłocznego zwrotu okręgowej radzie lekarskiej okręgowej izby, której jest członkiem, dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu w przypadku pozbawienia go prawa wykonywania zawodu lekarza, utraty prawa wykonywania zawodu lekarza lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza.

§ 15.

Skreślenie z listy członków okręgowej izby i z okręgowego rejestru następuje w sytuacji określonej w art. 7 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich.

§ 16.

Okręgowa rada lekarska informuje bezzwłocznie w trybie ostrzeżenia w systemie IMI właściwe organy pozostałych państw członkowskich UE, o wydanych decyzjach w stosunku do lekarza, członka okręgowej izby dotyczących ograniczenia, zawieszenia, pozbawienia prawa wykonywania zawodu lub zakazu wykonywania zawodu oraz o zdarzeniu określonym w art. 113a ust. 3 ustawy o izbach lekarskich, a także o wygaśnięciu ww. sankcji oraz wszelkich decyzjach wpływających na zmianę terminu ich wygaśnięcia.

§ 17.

1. Lekarz, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po upływie 5 lat od uzyskania dyplomu lekarza, przed przyznaniem prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, jest zobowiązany do odbycia przeszkolenia teoretycznego. Okręgowa rada lekarska, w drodze uchwały, ustala tryb, program, miejsce i okres przeszkolenia, biorąc pod uwagę długość okresu,

który upłynął od uzyskania dyplomu.

2. Lekarz, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po upływie 5 lat od ukończenia stażu podyplomowego albo od dnia uznania jego kwalifikacji do wykonywania zawodu lekarza przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 5c ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jest zobowiązany do odbycia przeszkolenia.

3. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza, który przez okres dłuższy niż 5 lat nie wykonuje zawodu, a zamierza podjąć jego wykonywanie, ma obowiązek złożenia oświadczenia o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu do okręgowej rady lekarskiej okręgowej izby, której jest członkiem, i odbycia przeszkolenia.

4. Okręgowa rada lekarska, w drodze uchwały, ustala tryb, program, miejsce i okres przeszkolenia, o którym mowa w ust. 2 i 3, uwzględniając w szczególności dotychczasowy okres wykonywania zawodu, kwalifikacje lekarza, długość przerwy w wykonywaniu zawodu oraz realizację przez lekarza obowiązku doskonalenia zawodowego.

5. Przeszkolenie, o którym mowa w ust. 2 i 3, odbywa się w podmiotach uprawnionych do prowadzenia szkolenia, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, na podstawie umowy o szkolenie zawartej z właściwym podmiotem, wskazanym przez okręgową radę lekarską.

6. Lekarz zobowiązany przez okręgową radę lekarską do odbycia przeszkolenia, w okresie jego trwania, może wykonywać zawód jedynie w miejscu odbywania przeszkolenia.

7. W razie nieusprawiedliwionego uchylenia się lekarza od uczestnictwa w przeszkoleniu okręgowa rada lekarska zawieszając lekarzowi prawo wykonywania zawodu do czasu zakończenia przeszkolenia.

§ 18.

W przypadku:

1) zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu lekarza lub

2) zaprzestania wykonywania zawodu na czas nieokreślony lub na czas określony dłuższy niż 5 lat, lekarz jest zobowiązany do złożenia stosownego oświadczenia okręgowej radzie lekarskiej okręgowej izby, której jest członkiem.

§ 19.

1. Okręgowy rejestr, obejmujący dane oraz akta osobowe lekarzy, prowadzi okręgowa rada lekarska, zgodnie z przepisami, o których mowa w art. 49 ustawy o izbach lekarskich. Prowadzenie okręgowego rejestru nie może być przekazane delegaturze lub kołu. Delegatura, na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej, może wykonywać czynności przygotowawcze określone w regulaminie związane z przyznawaniem prawa wykonywania zawodu lub prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego lub z rejestracją lekarza.

2. Okręgowy rejestr obejmuje dane, o których mowa w art. 49 ust. 5 ustawy o izbach lekarskich, oraz akta osobowe i informacje potwierdzające te dane, lekarzy:

1) wpisanych na listę członków okręgowej izby na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza przyznanego do dnia 31 grudnia 2016 r., przyznania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności, zgodnie z obowiązującymi przepisami;

2) wpisanych na listę członków okręgowej izby na

podstawie art. 12 ust. 1 i art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.⁴), zwanej dalej „ustawą z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich”, i dotychczasowych przepisów, którzy spełnili wymóg określony w art. 63 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry;

3) wpisanych na listę członków okręgowej izby na podstawie wniosku lekarza o przeniesienie i wpisanie na listę członków oraz do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry;

4) posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza, stwierdzone na podstawie dotychczasowych przepisów, którzy nie stali się członkami właściwej okręgowej izby z mocy ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, lub zostali wpisani na listę członków okręgowej izby na podstawie art. 12 tej ustawy i nie spełnili wymogu określonego w art. 63 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Dane te są oznaczone jako część ewidencyjna archiwum okręgowego rejestru;

5) posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza, stwierdzone na podstawie dotychczasowych przepisów i wykonujących zawód na obszarze Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej w okresie od dnia 1 stycznia 1945 r. do dnia 31 grudnia 1989 r. na podstawie przepisów obowiązujących przed wejściem w życie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, którzy zmarli lub utracili prawo wykonywania zawodu lekarza. Dane te są oznaczone jako część archiwalna okręgowego rejestru.

3. Wykaz aktów prawnych, na podstawie których lekarz uzyskiwał zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu w okresie od 1921 r. do 1979 r., stanowi załącznik nr 2 do uchwały.

4. Wykaz aktów prawnych, na podstawie których lekarz uzyskiwał zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu w okresie od 1990 r. do 1997 r., stanowi załącznik nr 3 do uchwały.

§ 20.

1. Dokumenty oraz informacje, o których mowa w art. 49 ust. 6 ustawy o izbach lekarskich, wchodzące w skład akt osobowych muszą być wydane przez uprawnione, na podstawie odrębnych przepisów, podmioty i organy lub przekazane okręgowej radzie lekarskiej przez członka okręgowej izby w formie oświadczenia.

2. Okręgowa rada lekarska umieszcza w okręgowym rejestrze dane, o których mowa w art. 49 ust. 5 ustawy o izbach lekarskich, lub dokonuje zmian tych danych, na podstawie:

1) dokumentów wydawanych na podstawie obowiązujących przepisów, w tym obowiązujących przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich - w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 1-10, 15-27, 29, 32, 33, 35, 40 i 41 ustawy o izbach lekarskich;

2) pisemnych oświadczeń lekarza - w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 30, 31, 34, 36 i 37 ustawy o izbach lekarskich;

3) dokumentów lub informacji pisemnych uzyskanych przez okręgową radę lekarską - w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 11-14, 28, 39, 42, 43 i 45 ustawy o izbach lekarskich;

4) odpisu skróconego aktu zgonu lub elektronicznej informacji z systemu PESEL przekazanej przez Centralny Rejestr Lekarzy uzyskanych przez okręgową radę lekarską - w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 44 i 44a ustawy o izbach lekarskich.

3. Dane określone w art. 49 ust. 5 pkt 22 ustawy o izbach lekarskich okręgowa rada lekarska

umieszcza w okręgowym rejestrze na podstawie dokumentu wydanego przez podmiot uprawniony do ich wydania.

4. Zmiany danych w okręgowym rejestrze dotyczących ograniczenia w wykonywaniu zawodu, o którym mowa w § 13 ust. 1, zawieszenia w wykonywaniu zawodu, o którym mowa w §14 pkt 1-3, oraz skreślenia, o którym mowa w §15, dokonuje prezes okręgowej rady lekarskiej, w drodze zarządzenia, na podstawie przepisów uchwały lub art. 7 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich.

5. Wykaz aktów prawnych, na podstawie których lekarz uzyskał specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w okresie od 1951 r. do 2016 r., stanowi załącznik nr 4 do uchwały.

§ 21.

1. Okręgowa rada lekarska w ramach okręgowego rejestru prowadzi okręgowe archiwum okręgowego rejestru, obejmujące dane oznaczone jako archiwalne, zwane dalej „archiwum informatycznym”, oraz archiwum akt osobowych lekarzy, o których mowa w art. 49 ust. 10 ustawy o izbach lekarskich.

2. Okręgowe archiwum lekarzy obejmuje również księgi rejestrowe lekarzy i lekarzy dentystry, prowadzone w okresie 1950-1989 r. na podstawie przepisów obowiązujących przed wejściem w życie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, przekazane okręgowym izbom przez administrację rządową szczebla wojewódzkiego.

§ 22.

Okręgowa rada lekarska prowadzi zbiór akt osobowych lekarza oraz archiwum akt osobowych zgodnie z przepisami art. 49 ust. 8-11 ustawy o izbach lekarskich oraz przechowuje je zgodnie z przepisami o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

§ 23.

1. Centralny Rejestr prowadzi Naczelna Rada Lekarska zgodnie z przepisami art. 50-52 ustawy o izbach lekarskich, obejmujący dane, o których mowa w art. 50 ustawy o izbach lekarskich.

2. Naczelna Rada Lekarska w ramach archiwum informatycznego Centralnego Rejestru prowadzi archiwum obejmujące dane lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i wykonujących zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej w okresie od dnia 2 grudnia 1921 r. do dnia 1 września 1939 r., uzyskane na podstawie źródeł historycznych, zwane dalej „archiwum historycznym”.

3. Naczelna Rada Lekarska przechowuje archiwalne akta osobowe lekarzy cudzoziemców, których dane nie znajdują się w okręgowym rejestrze, obejmujące dokumenty związane z postępowaniem w sprawie uzyskania zezwolenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na wykonywanie zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie art. 3 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza albo zawodu lekarza dentystry na podstawie art. 3 lit. b w związku z art. 1 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej, przekazane jej przez Ministra Zdrowia.

4. Zbiór akt osobowych oraz archiwum akt osobowych, o których mowa w ust. 3, przechowuje się zgodnie z przepisami o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

§ 24.

Okręgowa rada lekarska przekazuje dane do Centralnego Rejestru zgodnie z art. 51 ustawy o izbach lekarskich.

§ 25.

1. Do prowadzenia okręgowego rejestru i Centralnego Rejestru stosuje się przepisy ustawy z dnia 29 października 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) i rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. poz. 1024).

2. W celu zapewnienia stosowania przepisów o ochronie danych osobowych, Naczelna Rada Lekarska i okręgowa rada lekarska wykonują zadania przewidziane dla administratora danych w przepisach, o których mowa w ust. 1.

3. Okręgowa rada lekarska i Naczelna Rada Lekarska wydają instrukcje dotyczące:

- 1) prowadzenia ewidencji osób uprawnionych do przetwarzania danych;
- 2) zarządzania systemem informatycznym obejmującym dane osobowe;
- 3) postępowania w sytuacji naruszenia danych osobowych, przewidziane w przepisach, o których mowa w ust. 1.

4. O udostępnieniu danych z okręgowego rejestru podmiotom i organom, o których mowa w art. 52 ust. 1 i 2 ustawy o izbach lekarskich, każdorazowo decyduje osoba upoważniona, w drodze uchwały, przez okręgową radę lekarską.

5. O udostępnieniu danych z Centralnego Rejestru podmiotom i organom, o których mowa w art. 52 ust. 1 i 2 ustawy o izbach lekarskich, każdorazowo decyduje Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej lub inny, wskazany przez niego, członek Naczelnej Rady Lekarskiej.

6. Każda decyzja o udostępnieniu danych powinna być umieszczona w okręgowym rejestrze.

7. Przepis ust. 5 nie dotyczy danych dotyczących lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej lub funkcjonariuszy pełniących służbę w jednostkach Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, dla których zakres przekazywanych danych ustali Naczelna Rada Lekarska w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej i Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji.

§ 26.

1. Okręgowa rada lekarska prowadzi jako część archiwum okręgowego rejestru okręgową ewidencję lekarzy i lekarzy dentyistów, zwaną dalej „archiwum ewidencji”, obejmującą dane i zbiór dokumentów osobowych lekarzy, o których mowa w § 19 ust. 2 pkt 4.

2. Ewidencja zawiera dokumenty i następujące dane dotyczące lekarza:

- 1) tytuł zawodowy;
- 2) imię i nazwisko;
- 3) płeć;
- 4) imiona rodziców lub imię ojca;
- 5) numer ewidencyjny PESEL lub datę urodzenia;
- 6) numer dotychczasowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu, z określeniem organu wydającego zaświadczenie i datę wydania;
- 7) inne wymienione w art. 49 ust. 5 ustawy o izbach lekarskich, jeżeli są potwierdzone odpowiednim dokumentem.

3. Wpisanie na listę członków i do okręgowego rejestru właściwej okręgowej izby i wydanie dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lekarzowi, którego dane znajdują się w ewidencji, następuje na jego wniosek na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej tej okręgowej izby.

4. Jeżeli lekarz nie złoży wniosku, o którym mowa w ust. 3, przeniesienie jego danych do archiwum informatycznego i dokumentów osobowych do archiwum akt osobowych, o których mowa w § 21 ust. 1, następuje w przypadku:

- 1) zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu lekarza;
- 2) utraty obywatelstwa polskiego i obywatelstwa innego państwa członkowskiego UE;
- 3) całkowitego lub częściowego ubezwłasnowolnienia lekarza;
- 4) upływu terminu ważności prawa wykonywania zawodu lekarza;
- 5) śmierci lekarza;
- 6) upływu terminu 90 lat od daty urodzenia lekarza.

5. Naczelna Rada Lekarska prowadzi ewidencję Centralnego Rejestru utworzoną na podstawie danych przekazanych przez okręgowe rady lekarskie z prowadzonych przez nie ewidencji.

§ 27.

Okręgowa rada lekarska w ramach okręgowego rejestru lekarzy prowadzi ewidencję lekarzy i lekarzy dentyistów - członków innych izb lekarskich wykonujących zawód na obszarze działania okręgowej izby.

§ 28

1. Okręgowa rada lekarska prowadzi rejestr lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód, o których mowa w art. 9 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

2. Sposób prowadzenia rejestru, o którym mowa w ust. 1, oraz wykaz danych, które on zawiera, określa art. 9 ust. 5 i 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

3. Naczelna Rada Lekarska prowadzi centralną ewidencję lekarzy z UE tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie danych uzyskanych z rejestru, o którym mowa w ust. 1.

§ 29.

1. Do prowadzenia spraw określonych w regulaminie okręgowa rada lekarska powołuje komisję do spraw rejestracji lekarzy i uchwała jej szczegółowe zadania i regulamin.

2. Do zadań komisji, o której mowa w ust. 1, należy:

- 1) sprawdzanie formalnej poprawności wniosków, przyjmowanie oświadczeń oraz sprawdzanie kompletności dokumentów wymienionych w załączniku Nr 1 do regulaminu, a także sprawdzanie innych dokumentów złożonych przez lekarza;

2) przeprowadzanie postępowania w sprawie uznania formalnych kwalifikacji lekarza i kwalifikacji w zakresie specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych;

3) potwierdzanie formalnych kwalifikacji lekarza, będącego członkiem danej okręgowej izby, albo którego dane znajdują się w archiwum ewidencji, albo w archiwum akt osobowych, i posiadającego kwalifikacje uzyskane w wyniku kształcenia odbytego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej;

4) przeprowadzenie w uzasadnionych przypadkach rozmowy z lekarzem, mającej na celu uzyskanie niezbędnej informacji;

5) przedstawianie okręgowej radzie lekarskiej stanowiska komisji w sprawach określonych w uchwale;

6) sprawowanie w imieniu okręgowej rady lekarskiej nadzoru nad:

- a) prawidłowością prowadzenia okręgowego rejestru i jego aktualizacji we współpracy z Centralnym Rejestrem,
- b) zabezpieczeniem danych zawartych w okręgowym rejestrze,

c) wystawianiem i wydawaniem dokumentów uprawniających do wykonywania zawodu i ich aktualizacji,

d) prowadzeniem zbioru akt osobowych i archiwum akt osobowych;

7) współdziałanie z organami i innymi komisjami okręgowej izby oraz Komisją Organizacyjną Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawach określonych w uchwale;

8) współdziałanie z organami i komisjami do spraw rejestracji innych okręgowych izb;

9) prowadzenie z upoważnienia okręgowej rady lekarskiej, w zakresie określonym regulaminem, korespondencji z organami administracji rządowej i samorządowej, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi, zakładami opieki zdrowotnej i innymi podmiotami zatrudniającymi lekarzy oraz lekarzami w sprawach określonych w uchwale;

10) wykonywanie innych czynności, wynikających z uchwał zjazdu lekarzy, Naczelnej Rady Lekarskiej i okręgowej rady lekarskiej.

3. Okręgowa rada lekarska powierza pełnienie funkcji przewodniczącego komisji do spraw rejestracji lekarzy jednemu ze swoich członków.

4. Do obsługi komisji do spraw rejestracji lekarzy przewodniczący okręgowej rady lekarskiej wyznacza pracowników administracyjnych biura okręgowej izby.

5. Przewodniczący komisji do spraw rejestracji lekarzy lub jego zastępca:

- 1) podejmuje decyzje dotyczące wprowadzania danych do okręgowego rejestru oraz dokonania zmian tych danych;
- 2) nadzoruje pod względem merytorycznym wykonywanie obowiązków przez pracowników, o których mowa w ust. 4.

§ 30.

1. Naczelna Rada Lekarska sprawuje nadzór nad realizacją uchwały, za pośrednictwem Komisji Organizacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej.

2. Do zadań Komisji Organizacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej w zakresie określonym uchwałą należy:

- 1) nadzorowanie prowadzenia Centralnego Rejestru oraz zabezpieczenia danych zawartych w tym rejestrze oraz prowadzenia archiwum akt osobowych lekarzy cudzoziemców;
- 2) nadzorowanie działalności Ośrodka Uznawania Kwalifikacji, działającego przy Naczelnej Izbie Lekarskiej na podstawie odrębnych przepisów;
- 3) zapewnienie współpracy pomiędzy okręgowymi rejestrami i Centralnym Rejestrem;
- 4) współpraca oraz nadzór nad czynnościami komisji do spraw rejestracji okręgowych rad lekarskich w celu zapewnienia pomocy merytorycznej i organizacyjnej izbom okręgowym w sprawach określonych uchwałą;
- 5) wnioskowanie o wydanie stosownych uregulowań prawnych w sprawach objętych uchwałą.

§ 31.

Osobom, o których mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. poz. 658 oraz z 2016 r. poz. 2020) w brzmieniu obowiązującym przed dniem 1 stycznia 2017 r., które w terminie do dnia 28 lutego 2017 r. złożą dokumenty w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty, okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty bez zastosowania warunku, o którym mowa w art. 5 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

§ 32.

Traci moc uchwała Nr 30/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 września 2010 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów (Biul. NRL 2010 r. Nr 7) oraz zmieniające ją uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej: Nr 5/11/VI z dnia 13 maja 2011 r., Nr 23/11/VI z dnia 8 października 2011 r. oraz Nr 34/11/VI z dnia 16 grudnia 2011 r.

§ 33.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2017 r.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

¹ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r., poz. 1633, 1893, 1991 i 2199 oraz z 2016 r., poz. 65, 960, 1070, 1239, 1579, 1984 i 2020.
² Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1950 r. Nr 53, poz. 489, z 1956 r. Nr 12, poz. 61 oraz z 1989 r. Nr 30, poz. 158.
³ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1934 r., poz. 976, z 1938 r., poz. 628 i z 1947 r., poz. 104.
⁴ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1990 r., poz. 120, z 1996 r., poz. 496, z 1997 r., poz. 152, z 1998 r., poz. 668, z 2001 r., poz. 1383, z 2002 r., poz. 1271 i poz. 2052, z 2004 r., poz. 885 oraz z 2007 r., poz. 1238.

Załączniki do uchwały zostały opublikowane na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej w rubryce: uchwały VII kadencji, rocznik 2017.

**UCHWAŁA Nr 2/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

**w sprawie przyjęcia projektu ustawy
o zmianie ustawy o działalności leczniczej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 5 pkt 16 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej dotyczący zmiany składu rady społecznej powoływanej w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Projekt ustawy stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały został opublikowany na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej pod adresem: http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0015/110418/ru002-17-VII.pdf

**UCHWAŁA Nr 3/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

**w sprawie wystąpienia z wnioskiem do
Trybunału Konstytucyjnego**

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

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności:

1) art. 14a ust. 10a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.) w brzmieniu nadanym przez art. 1 pkt 11 lit. b ustawy z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 2020) 2) art. 14a ust. 10b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.)

w brzmieniu nadanym przez art. 1 pkt 11 lit. b ustawy z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 2020) 3) art. 14c ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.) w brzmieniu nadanym przez art. 8 pkt 3 ustawy z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 2020) 4) art. 14c ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.) w brzmieniu nadanym przez art. 8 pkt 3 ustawy z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 2020) 5) art. 16r ust. 11b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.) w brzmieniu nadanym przez art. 1 pkt 15 lit. a ustawy z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 2020) 6) art. 16r ust. 11c ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.) w brzmieniu nadanym przez art. 1 pkt 15 lit. a ustawy z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 2020) 7) art. 16rc ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.) w brzmieniu nadanym przez art. 1 pkt 16 lit. b ustawy z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 2020) 8) i art. 16rc ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.) w brzmieniu nadanym przez art. 1 pkt 16 lit. b ustawy z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 2020) – z art. 61 ust. 3 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej.

§ 2.

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

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 4/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

**w sprawie upoważnienia do zawarcia
umowy na świadczenie pomocy prawnej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Pokryć wszelkie koszty pomocy prawnej – zastępstwa prawnego we wszystkich instancjach

sądowych udzielonego Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej Maciejowi Hamankiewiczowi w sprawie, która toczy się przed Sądem Rejonowym dla Warszawy Mokotowa o sygn. akt VIII K 675/16.

§ 2

Upoważnia się Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Romualda Krajewskiego oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Wojciecha Marquardta do zawarcia umowy o obsługę prawną ze wskazaną przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej kancelarią prawną w sprawie, o której mowa w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 1/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

**w sprawie projektu ustawy o podstawowej
opiece zdrowotnej**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia, pana Piotra Warczyńskiego z dnia 30 grudnia 2016 r., znak: OZO.50.22.2016, zgłasza następujące uwagi do projektu. Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że projekt ustawy nie uwzględnił uwag samorządu lekarskiego zgłoszonych do projektu założeń do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej zawartych w stanowisku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 56/16/P-VII z dnia 14 października 2016 r. Projekt ustawy nie uwzględnił w definicji lekarza POZ praw nabytych wynikających z art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1172). Przewidziane w treści art. 27 projektu uchylenie art. 14 ww. ustawy narusza konstytucyjnie chronione prawa nabyte osób, które na podstawie tego przepisu nabyły uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Prawo przyznane w art. 14 ust. 1 pkt 2 w/w ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r., zostało przyznane w sposób bezwarunkowy i nieograniczony czasowo. Pozbawienie tego prawa byłoby więc sprzeczne z zasadą ochrony praw słusznie nabytych, która oznacza m.in. zakaz stanowienia przepisów arbitralnie odbierających lub ograniczających prawa podmiotowe przysługujące obywatelom. Uzasadnienie projektu nie określa ponadto skutków, jakie dla dostępności świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej mieć będzie pozbawienie lekarzy praw nabytych na podstawie przepisu art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej zasadne jest także pozostawienie lekarzom uprawnień do pracy w POZ zgodnie z art. 55 ust. 2a i 2b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projekt zmierza jednak do takiego ukształtowania systemu opieki zdrowotnej, aby lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, po wejściu w życie ustawy, mogli zostać jedynie lekarze medycyny rodzinnej lub posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej. Lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub chorób wewnętrznych, którzy nie będą udzielali świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w dniu wejścia w życie projektowanej ustawy, nie będą mogli zostać lekarzami POZ. Projekt nie zapewnia spójności rozwiązań dotyczących projektowanego systemu podstawowej opieki

zdrowotnej z innymi obszarami systemu opieki zdrowotnej, w szczególności ambulatoryjną opieką specjalistyczną oraz opieką szpitalną.

Uwagi szczegółowe:

1) w treści art. 3 pkt 1 projektu – zapewnienie opieki zdrowotnej nad rodziną świadczeniobiorcy powinno dotyczyć sytuacji, w której członkowie rodziny znajdują się na liście aktywnej lekarza POZ; 2) w treści art. 8 ust. 3 pkt 1 projektu należy wykreślić wyrazy „u różnych świadczeniodawców”; Jeżeli zespół POZ ma, zgodnie z treścią art. 10 ust. 3 projektu zapewnić ciągłość i kompleksowość udzielanych świadczeń, to cały zespół POZ (lekarz, pielęgniarka i położna) powinien udzielać świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Dopuszczenie możliwości tworzenia zespołu przez personel udzielający świadczeń w różnych miejscach u różnych świadczeniodawców uniemożliwia realne zapewnienie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń POZ.

3) zakres danych zawartych we wzorze deklaracji, określony w treści projektowanego art. 9 nie powinien zawierać danych, które się powielają tj. daty urodzenia i płeć, gdy wymagane jest wskazanie nr PESEL;

4) przewidziane w art. 16 ust. 3 projektu rozwiązanie umożliwiające lekarzowi POZ zawieranie umów na konsultacje specjalistyczne powinno umożliwiać zawieranie takich umów również ze świadczeniodawcami, którzy nie posiadają zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; Ograniczenie możliwości podpisywania przez lekarza POZ umów na badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne wyłącznie z tymi lekarzami, którzy mają podpisane umowy z NFZ i udzielają świadczeń w ramach publicznej opieki zdrowotnej, nie skróci czasu oczekiwania pacjenta na poradę specjalistyczną. Zwiększenie dostępności konsultacji specjalistycznych będzie realnie możliwe poprzez umożliwienie podpisywania takich umów również ze specjalistami, którzy nie mają zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ. Projekt ustawy nie określa zasad współpracy POZ z innymi świadczeniodawcami działającymi w ramach systemu ochrony zdrowia ani zasad organizacji opieki zintegrowanej, pozostawiając te kwestie do określenia w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia. Uniemożliwia to dokonanie analizy planowanego sposobu organizacji systemu współpracy zespołu POZ z osobami udzielającymi świadczeń specjalistycznych oraz sposobu organizacji opieki zintegrowanej.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 2/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 stycznia 2017 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy Prawo atomowe

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy Prawo atomowe, przekazanym przy piśmie p.o. Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki, pana Andrzeja Przybycina z dnia 14 grudnia 2016 r., znak: DP.022.3.27.2016, zgłasza następujące uwagi do projektu.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że Naczelna Rada Lekarska z zadowoleniem przyjęła, że projekt ustawy o zmianie ustawy Prawo atomowe uwzględnił postulaty od dawna podnoszone przez samorząd lekarski tj. rezygnację z obowiązku posiadania

inspektora ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia prowadzących działalność polegającą jedynie na wykonywaniu stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu, zwolnienie powyższych jednostek z obowiązku uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego na prowadzenie działalności z narażeniem na promieniowanie jonizujące, wyłączenie gabinetów stomatologicznych udzielających świadczeń wyłącznie w zakresie stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych z obowiązku poddawania się audytom klinicznym zewnętrznym. Pozytywnie należy ocenić również zmianę w zakresie nowych form odbycia szkolenia z ochrony radiologicznej pacjenta przez osoby wykonujące i nadzorujące wykonywanie badań i zabiegów przy użyciu promieniowania jonizującego.

Przedłożony projekt ustawy o zmianie ustawy Prawo atomowe jest kompleksową regulacją, którą należałoby opiniować wraz z projektami rozporządzeń wykonawczych. Brak projektów rozporządzeń dołączonych do projektu ustawy, utrudnia pełną ocenę przyjętych w projekcie rozwiązań, w kontekście ich aspektu praktycznego.

Naczelna Rada Lekarska poniżej przedstawia uwagi do Rozdziału 3a dotyczącego stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych.

1) do art. 1 pkt 39 projektu ustawy:

a) Rada proponuje nadać art. 33f ust. 2 pkt 3 ustawy Prawo atomowe następujące brzmienie: „informacje dotyczące wyniku zastosowania procedury szczegółowej w tym informacje dotyczące narażenia pacjenta”.

Wyniki mogą być nie tylko opisami, ale dodatkowo mieć formę dokumentacji obrazowej;

b) Rada zwraca uwagę, że w art. 33f i 33g ustawy Prawo atomowe wprowadzone zostało pojęcie „procedury szczegółowej”, nie ma natomiast takiego pojęcia w definicjach Dyrektywy Euratom oraz Prawa atomowego. Aktualnie funkcjonujące w praktyce pojęcia to „procedury wzorcowe” i „procedury robocze”. Koniecznym jest zatem sprecyzowanie wzajemnych relacji tych pojęć;

c) Rada proponuje nadać art. 33i ust. 2 ustawy Prawo atomowe następujące brzmienie:

„Lekarz, lekarz dentysta prowadzący badanie lub leczenie jest obowiązany ocenić poprawność uzasadnienia skierowania oraz odpowiada za wybór odpowiedniej procedury szczegółowej oraz jej poprawną realizację.”

Uzupełnienie treści przepisu o lekarza dentyście, celem zapewnienia zgodności nazewnictwa z przepisami ustawy o zawodzie lekarza, lekarza dentystry; d) W ocenie Rady użyte w art. 33l ust. 5 ustawy Prawo atomowe sformułowanie, że „urządzenie radiologiczne może być stosowane wyłącznie w takim zakresie, w jakim uzyskany negatywny wynik testu eksploatacyjnego nie wpływa na dane zastosowanie kliniczne urządzenia radiologicznego” nie precyzuje, kto określa ww. zakres zdatości urządzeń, a to umożliwia płynną interpretację, co może przełożyć się na obniżenie poziomu bezpieczeństwa, czyli na realną możliwość używania niesprawnego sprzętu radiologicznego powodującego zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów;

e) Rada proponuje nadać art. 33l ust. 10 ustawy Prawo atomowe następujące brzmienie:

„Testy eksploatacyjne w rentgenodiagnostyce, radiologii zabiegowej i radioterapii mogą wykonywać również osoby zatrudnione w danej jednostce ochrony zdrowia, posiadające odpowiednie uprawnienia, upoważnione przez jej kierownika do obsługi

urządzeń radiologicznych, w zakresie określonym w upoważnieniu. Testy powinny się odbywać pod nadzorem eksperta w dziedzinie fizyki medycznej zatrudnionego w jednostce ochrony zdrowia.”

Przedmiotowa zmiana umożliwi wykonywanie testów przez specjalistów zatrudnionych w macierzystej jednostce;

f) W ocenie Rady w art. 33n ust. 2 ustawy Prawo atomowe, zastrzeżenie budzi wymóg zdobycia 30 punktów szkoleniowych z tytułu ochrony radiologicznej w okresie 5 lat, poprzez uczestnictwo w innych szkoleniach, konferencjach i zjazdach naukowych. Należy zauważyć, że za ukończenie szkolenia można uzyskać zazwyczaj jeden punkt za godzinę, co w proponowanym przepisie daje 30 godzin szkolenia w ciągu 5 lat. Pułap 30 punktów jest wysoki i należałoby go obniżyć przynajmniej do 20 punktów;

g) Rada proponuje nadać art. 33n ust. 3 pkt 1-4 ustawy Prawo atomowe następujące brzmienie:

„Osoba wykonująca i nadzorująca wykonywanie badań, zabiegów leczniczych lub terapii przy użyciu promieniowania jonizującego wykonuje obowiązek, o którym mowa w ust. 1, poprzez:

1. ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta i uzyskanie certyfikatu potwierdzającego ukończenie szkolenia;

lub

2. ukończenie innych szkoleń obejmujących tematykę ochrony radiologicznej, bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych, medycznych zastosowań promieniowania jonizującego oraz metod i procedur badań parametrów technicznych urządzeń radiologicznych i uzyskanie zaświadczeń o ukończeniu każdego z tych szkoleń;

lub

3. udział w krajowych lub międzynarodowych kongresach, zjazdach, konferencjach lub sympozjach naukowych poświęconych zagadnieniom, o których mowa w pkt 2;

lub

4. wygłoszenie wykładów lub przedstawienie doniesień w zakresie zagadnień, o których mowa w pkt 2, na krajowym lub międzynarodowym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym”

Poszerzenie dopuszczalnych sposobów dopełnienia obowiązku kształcenia z ochrony radiologicznej pacjenta należy ocenić pozytywnie. Z punktu pierwszego w proponowanym brzmieniu wyłączony został obowiązek zdania egzaminu, gdyż odbywanie kursów raz na 5 lat kończących się egzaminem nie sprawdziło się, a same kursy i egzaminy niejednokrotnie przeprowadzały osoby nieposiadające wymaganych uprawnień, kolejne podpunkty są tożsame z projektem ustawy, wydaje się, że należałoby je jedynie oddzielić spójnikiem „lub” tak żeby nie było wątpliwości, że szkoły się nie jest zobowiązany do spełnienia wszystkich punktów, powyższe rozwiązanie zapewnia systematyczne kontynuowanie kształcenia i szkolenia w różnych rodzajach szkoleń personelu medycznego. Warto także dodać, że w krajach UE szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej są zwykle przeprowadzane w systemie e-learningowym. Niezależnie od powyższego należałoby wnioskować o wprowadzenie kursów z ochrony radiologicznej do podstawowego programu nauczania na uczelniach medycznych; h) Rada proponuje w art. 33n ust. 4 pkt 3 i w art. 33n ust. 5 pkt 8 ustawy Prawo atomowe usunąć odpowiednio słowa „i egzamin” oraz „i zdanie egzaminu”. Zmiana wynika z uwagi w punkcie g;

i) W ocenie Rady w art. 33n ust. 19 pkt 2 ustawy Prawo atomowe, niezasadne wydaje się regulowanie w drodze rozporządzenia szczegółowego zakresu tematycznego szkoleń z ochrony radiologicznej. Natomiast stosowne rozporządzenie Ministra Zdrowia powinno określać zakres problematyki uwzględnianej przy opracowaniu pytań egzaminacyjnych (przy założeniu, że uwagi z punktu g i h nie zostaną uwzględnione);

j) Rada proponuje wyłączyć teleradiologię z art. 33p ust. 1 ustawy Prawo atomowe. Działalność polegająca na teleradiologii nie jest powiązana z promieniowaniem jonizującym, a prowadzenie działalności z tego zakresu powinno podlegać wyłączeniu konsultantowi krajowemu i konsultantom wojewódzkim ds. radiologii i diagnostyki obrazowej;

k) Zdaniem Rady przyjęte w art. 33p ust. 8 i 9 ustawy Prawo atomowe rozwiązanie polegające na wyrażeniu zgodny na prowadzenie działalności po uzyskaniu opinii właściwego miejscowego konsultanta wojewódzkiego do spraw radiologii i diagnostyki obrazowej, którą konsultant wojewódzki wydaje nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania od organu wydającego zgodę wniosku o wydanie opinii jest trudne do realizacji, jeżeli przedstawiona przez konsultanta opinia ma być rzetelna. Przedstawienie stosownej opinii powinno być poprzedzone odpowiednim sprawdzeniem zgodności procedur wzorcowych z roboczymi przedstawionymi przez podmiot wnioskujący, a jest do zadania pracochłonne. W praktyce konsultant, na którego terenie działa zwykle ponad 100 (w niektórych województwach znacznie więcej) pracowni musiałby się stać jednoosobowym biurem i zajmować się wyłącznie opiniowaniem. Należy te punkty wykreślić lub zagwarantować odpowiednie mechanizmy wspomagające konsultanta w tym zakresie;

l) Rada proponuje nadać art. 33p ust. 15 ustawy Prawo atomowe następujące brzmienie: „Przepisów ust. 1–13 nie stosuje się do prowadzenia działalności polegającej na wykonywaniu rentgenologii z pomocą aparatów rentgenowskich służących stomatologicznym służącym wyłącznie do tego celu oraz działalności polegającej na wykonywaniu densytometrii kości za pomocą urządzeń służących wyłącznie do tego celu.”

Z wymogu uzyskania zgód należy wyłączyć całość stomatologicznych urządzeń radiologicznych ze względu na obserwowane niskie dawki efektywne otrzymywane przez pacjentów. Na podstawie danych literaturowych ryzyko chorób nowotworowych związane ze stosowaniem ww. urządzeń wynosi od 0,03–242 przypadków na milion;

l) Rada proponuje nadać art. 33s ust. 2 pkt 3 ustawy Prawo atomowe następujące brzmienie: „informacje dotyczące wyników zastosowania procedury, w tym informacje dotyczące narażenia pacjenta” Wyniki mogą być nie tylko opisami, ale dodatkowo mieć formę dokumentacji obrazowej;

m) Rada proponuje nadać art. 33v ust. 2 ustawy Prawo atomowe następujące brzmienie:

„Przepisu ust. 1 pkt 2 nie stosuje się do jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do badań stomatologicznych albo wyłącznie w zakresie densytometrii kości za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu”.

Zmiana wynika z uwagi w pkt 1

Ponadto Naczelna Rada Lekarska zgłasza dodatkowo uwagi do niektórych innych zmian w projekcie ustawy o zmianie ustawy Prawo atomowe.

2) do art. 1 pkt 2 lit. zb projektu ustawy:

Rada proponuje nadać art. 3 pkt 40 ustawy Prawo atomowe następujące brzmienie:

„Radiologia zabiegowa – stosowanie technik obrazowania radiologicznego w celu ułatwienia wprowadzenia i przemieszczania urządzeń w ciele ludzkim do celów diagnostycznych lub terapeutycznych”.

3) do art. 1 pkt 4 lit. b projektu ustawy:

Rada proponuje nadać nagłówkowi art. 5 ust. 4 ustawy Prawo atomowe następujące brzmienie: „Dla jednostek ochrony zdrowia zezwolenie lub zgłoszenie na wykonywanie działalności związanej z narażeniem polegającej na [...]”

Jednostki ochrony zdrowia, podobnie jak jednostki organizacyjne nadzorowane przez Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki powinny mieć możliwość wykonywania działalności na podstawie zgłoszenia. Dynamiczny rozwój nadzorowanych urządzeń radiologicznych stosowanych np. w stomatologii, ich konstrukcja i wewnętrzne zabezpieczenia, umożliwia osiągnięcie wysokiego poziomu bezpieczeństwa radiologicznego personelu, osób postronnych jak i pacjentów. Przypadki, których działalność może być wykonywana na podstawie zgłoszenia oraz warunki stosowania powinny być ujęte w stosownym rozporządzeniu Rady Ministrów lub Ministra Zdrowia. Na podstawie art. 29 Dyrektywy należy prowadzić stopniowane podejście do kontroli regulacyjnej, współmiernej do skali i prawdopodobieństwa wystąpienia narażeń wynikających z danej działalności;

4) do art. 1 pkt 25 lit. a projektu ustawy:

Rada proponuje nadać art. 17 ust. 1 ustawy Prawo atomowe następujące brzmienie:

„[...] kategorię B obejmującą pracowników, którzy mogą być narażeni na:

a) dawkę skuteczną przekraczającą 1 mSv w ciągu roku lub,

b) dawkę równoważną dla soczewek oka przekraczającą 15 mSv rocznie lub,

c) dawkę równoważną dla skóry i kończyn 50 mSv rocznie uśrednionej dla każdego obszaru 1 cm², niezależnie od narażenia powierzchni i którzy nie zostali zaliczeni do kategorii A.”

Jako dolną granicę dla kategorii B narażenia należy przyjąć dawkę graniczną określoną w art. 12 Dyrektywy (jak dla narażenia ludności). Rezygnacja z progu minimalnej dawki rocznej 1 mSv będzie oznaczała znaczne zwiększenie chronionych grup;

5) do art. 1 pkt 31 ust. 5 projektu ustawy:

Rada proponuje nadać art. 23c ust. 5 ustawy Prawo atomowe następujące brzmienie:

„Pracowników wykonujących pracę w miejscach pracy wewnątrz pomieszczeń, w których pomimo podjęcia działań zgodnie z zasadą optymalizacji stężenie radonu przekracza poziom odniesienia, o którym mowa w art. 23b, oraz pozostałych pracowników wykonujących pracę w miejscach pracy, o których mowa w ust. 1, którzy mogą być narażeni na otrzymanie dawki skutecznej (efektywnej) większej niż 1 mSv rocznie, kwalifikuje się jako pracowników kategorii B.”

Brak ustalenia dolnej granicy narażenia na radon skutkować będzie zaliczeniem wszystkich pracowników do kategorii B narażenia;

6) do art. 1 pkt 37 projektu ustawy:

Rada proponuje nadać art. 32c ust. 1 ustawy Prawo atomowe następujące brzmienie:

„Każdy, mający interes prawny, ma prawo do uzyskania od kierownika jednostki organizacyjnej wykonującej działalność związaną z narażeniem, o której mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1 oraz 4–17, informacji o wpływie działalności wykonywanej

przez jednostkę organizacyjną na zdrowie ludzi i na środowisko oraz o wielkości i składzie izotopowym uwolnień substancji promieniotwórczych do środowiska w związku z wykonywaną działalnością, a w przypadku nowych rodzajów zastosowań promieniowania jonizującego także uzasadnienia wykonywania działalności związanej z narażeniem.”

Przepis art. 32c nakłada obowiązek umieszczania na stronie internetowej jednostki stosownej informacji, która będzie dostępna dla wszystkich. Natomiast informacje dodatkowe, inne niż wynikające z powyższego zapisu, powinno udzielać się tym, którzy mają interes prawny, a nie każdemu.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 3/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 stycznia 2017 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczących o tym poziomów

Naczelna Rada Lekarska wyraża stanowczy sprzeciw wobec trybu i formy wprowadzania zmian systemowych w ochronie zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że zgłoszone do pierwotnej wersji projektu zasadnicze uwagi samorządu lekarskiego, zawarte w stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 15/16/VII z dnia 4 listopada 2016 r., nie zostały w aktualnych projektach uwzględnione. Podniesione w tym stanowisku wątpliwości oraz wskazane zagrożenia pozostają nadal aktualne.

Tak radykalna zmiana zasad finansowania świadczeń oraz organizacji opieki szpitalnej, opieki specjalistycznej oraz nocnej i świątecznej pomocy, doprowadzi do chaosu oraz zmniejszenia dostępności do świadczeń.

Niezrozumiałym jest też fakt pominięcia kryteriów jakości i efektywności udzielania świadczeń, co zdecydowanie osłabi konkurencyjność podmiotów, która miała istotny wpływ na zwiększenie liczby udzielanych świadczeń, poprawę ich jakości oraz poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia.

Dotychczasowe próby modyfikacji systemu ochrony zdrowia dobitnie pokazują, że brak koordynacji pomiędzy planowanymi zmianami przy braku dostatecznej ilości środków finansowych na ich wdrożenie prowadzi do realnego zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 4/17/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 stycznia 2017 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, przekazany przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu, pana Adama Podgórskiego z dnia 29 grudnia 2016 r., znak: GMP-WP-173-389/16, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

**Stanowisko Nr 5/17/VII
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

**w sprawie kształcenia przeddyplomowego
lekarzy dentystów**

Naczelna Rada Lekarska od wielu lat zwraca uwagę na problemy dotyczące kształcenia przeddyplomowego lekarzy dentystów. W kwestii kształcenia przeddyplomowego w pierwszej kolejności należy wskazać na stałe podnoszenie przez Ministra Zdrowia limitów przyjęć na kierunku lekarsko-dentystycznym. Zwiększanie limitu przyjęć następuje bez pogłębionej analizy co do możliwości finansowych i dydaktycznych uczelni w zakresie zapewnienia odpowiedniego poziomu kształcenia oraz należytej realizacji programów praktycznego nauczania. Jednocześnie zwiększanie limitu przyjęć nie przekłada się na zwiększenie bazy sprzętów naukowych, umożliwiających praktyczne kształcenie studentów. Ustalane limity przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny nie uwzględniają także faktycznego zapotrzebowania na absolwentów tego kierunku studiów.

Należy zaznaczyć, że praktyka zawodowa jest niezbędnym elementem procesu kształcenia w przypadku kierunków akademickich, a takim niewątpliwie jest kierunek lekarsko-dentystyczny. Uczelnia powinna zapewniać wszystkim studentom możliwość odbycia praktyk zawodowych, w oparciu o swoją bazę kliniczną. Student nie powinien natomiast ponosić dodatkowych kosztów z tytułu realizacji programu kształcenia wynikającego z obowiązującego go planu studiów. Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że finansowanie kształcenia studentów kierunku lekarsko-dentystycznego, w tym realizowanych przez studentów procedur medycznych powinno następować z budżetu państwa. Sytuacja, w której od studentów pobiera się opłaty za bywanie przez nich obowiązkowych praktyk ujętych w programie zajęć praktycznych jest nie do przyjęcia.

W tym kontekście, w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej, konieczne jest stworzenie jasnych ram prawnych dla wykonywania przez studentów zabiegów diagnostyczno-leczniczych i związanych z tym wszelkich zobowiązań (również tych o charakterze majątkowym i prawnym) wynikających z relacji z pacjentem zarówno w toku realizacji studiów jak i w czasie praktyk wakacyjnych.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

**Stanowisko Nr 6/17/VII
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

**w sprawie kształcenia podyplomowego
lekarzy dentystów**

Naczelna Rada Lekarska od wielu lat zwraca uwagę na problemy dotyczące kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów. W przypadku identyfikacji problemów związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym lekarzy dentystów, w pierwszej kolejności należy podnieść problem braku odpowiedniej liczby miejsc specjalizacyjnych oraz niewystarczającej liczby jednostek prowadzących szkolenie specjalizacyjne. W celu poszerzenia bazy jednostek akredytowanych prowadzących szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów konieczne jest wprowadzenie zmian, które zachęcą podmioty prywatne, tj. indywidualne i grupowe specjalistyczne praktyki lekarsko-dentystyczne do włączenia się w realizację szkolenia specjalizantów. Możliwe będzie to tylko wówczas, gdy zmianom ulegną standardy

akredytacyjne, a także sama organizacja i sposób finansowania specjalizacji.

Konieczna jest głęboka analiza przepisów określających warunki, jakie powinny spełniać jednostki organizacyjne uprawnione do prowadzenia specjalizacji, pod kątem eliminacji z tych przepisów wymogów, które nie są konieczne do realizacji programu specjalizacji, a utrudniają ubieganie się o status jednostki akredytowanej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Wskazane bariery w sposób istotny ograniczają dostępność miejsc szkoleniowych, a w konsekwencji prowadzą do systematycznego zmniejszania liczby specjalistów z dziedziny lekarsko-dentystycznych.

Dążenie do zwiększenia dostępu do specjalizacji powinno się odbywać przede wszystkim poprzez zwiększenie liczby rezydentur oraz zapewnienie finansowania z budżetu państwa. Akredytowane ośrodki prowadzące szkolenie specjalizacyjne powinny być dofinansowane z budżetu państwa na poziomie umożliwiających prowadzenie danej specjalizacji. Dobrym rozwiązaniem mogłoby być wprowadzenie ogólnopolskiego systemu przyznawania miejsc specjalizacyjnych. Natomiast ważnym czynnikiem motywującym do prowadzenia staży specjalizacyjnych i szkoleń byłoby z pewnością wprowadzenie wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji, możliwość odliczenia kosztów szkolenia od podatku oraz zagwarantowanie urlopu szkoleniowego specjalizantom. Uproszczeniu muszą również ulec zasady rozliczeń poprzez wprowadzenie zasady bezzwłocznego przesyłania jednostkom szkolącym umów i środków na finansowanie rezydentury.

Samorząd lekarski dostrzega również konieczność zmian w samych programach specjalizacyjnych. Istnieje potrzeba ich urealnienia. Szkolenie specjalizacyjne powinno być silnie ukierunkowane na praktyczną wiedzę i umiejętności obejmujące konkretną specjalizację lekarsko-dentystyczną. Aby było to możliwe wymagane procedury ujęte w programach specjalizacji powinny być finansowane z budżetu państwa.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 7/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

**w sprawie poselskiego projektu ustawy
o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne, przekazany przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu, pana Adama Podgórskiego z dnia 4 grudnia 2016 r., znak: GMP-WP-173-381/16, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 8/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

**w sprawie projektu ustawy o zmianie
ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanej ze środków publicznych oraz
niektórych innych ustaw**

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przekazany przy piśmie pani Katarzyny Głowali – Podsekretarza Stanu

w Ministerstwie Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016r., znak: PLO.462.17.2016.JM nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu ustawy:

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 9/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

**w sprawie poselskiego projektu ustawy
o zmianie ustawy o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazany przy piśmie Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu, pana Adama Podgórskiego z dnia 13 grudnia 2016 r., znak: GMS-WP-173-381/16, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowego projektu.

Naczelna Rada Lekarska pozytywnie odnosi się do koncepcji współpłacenia przez pacjentów za świadczenia zdrowotne o wyższym standardzie niż ten, jaki dostępny jest w ramach opieki finansowanej ze środków publicznych. Wprowadzenie takiego rozwiązania wymaga jednak określenia maksymalnej wartości opłaty dodatkowej, która może być pobrana za udzielenie świadczenia z użyciem ponadstandardowego wyrobu. Opłata ta powinna stanowić różnicę pomiędzy ceną wyrobu standardowego a wyrobu ponadstandardowego. Udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych z wykorzystaniem ponadstandardowego wyrobu finansowanego przez pacjenta powinno być finansowo obojętne dla szpitala, tj. nie rodzić ani dodatkowych kosztów, ani nie generować dodatkowego przychodu. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej projektowana treść art. 13b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest zbyt lakoniczna. Przepis ten nie zawiera wskazania względów, jakimi ma kierować się Minister zdrowia przy wydaniu rozporządzenia, co czyni zawarte w projekcie przepisy upoważnienie do wydania rozporządzenia blankietowym. W świetle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, takie upoważnienie do wydania aktu prawa powszechnie obowiązującego – rozporządzenia Ministra Zdrowia, nie odpowiada standardom wynikającym z Konstytucji RP.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Maciej Hamankiewicz

**APEL Nr 1/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

do Ministra Zdrowia

**o podjęcie działań mających na celu zmiany
przepisów dotyczących wystawiania
recept na leki i wyroby medyczne w ramach
programu 75+**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o nowelizację treści art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej ustawą. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej brzmienie ww. przepisu wywołuje wątpliwości interpretacyjne związane z określeniem „zaprząstawił wykonywania zawodu” oraz faktem, iż w przepisie tym posłużono się wyłącznie oznaczeniem zawodu lekarza, bez wymienienia zawodu lekarza dentysty. W konsekwencji przepis art. 43a ust. 1 ustawy może budzić wątpliwości co do tego, czy wystawianie recept na leki dla se-

niorów przez lekarza nie będącego lekarzem POZ możliwe jest jedynie w przypadku trwałego zaprzestania wykonywania zawodu, czy też możliwe jest w trakcie krótkiej przerwy w wykonywaniu zawodu w celach zarobkowych. Kolejna wątpliwość dotyczy możliwości wystawiania w ramach programu 75+ recept pro familiae i pro auctore przez lekarzy dentystów, którzy zaprzestali wykonywania zawodu. Wobec powyższego Naczelna Rada Lekarska apeluje o zmianę treści ww. przepisu poprzez zastąpienie sformułowania „lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa” sformułowaniem „lekarza albo lekarza dentysty, wystawiającego receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa, w przypadku ukończenia przez świadczeniobiorców 75. roku życia.

Taka zmiana treści przepisu art. 43a ust. 1 ustawy usunie powyższe wątpliwości interpretacyjne i w sposób jednoznaczny potwierdzi uprawnienie lekarzy dentystów do wystawiania recept na darmowe leki i wyroby medyczne dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa, w przypadku ukończenia przez świadczeniobiorców 75. roku życia.

SEKRETARZ *Marek Jodłowski* PREZES *Maciej Hamankiewicz*

**APEL Nr 2/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

**do Ministra Zdrowia i Ministra Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej
w sprawie wystawiania przez lekarzy
zaświadczeń lekarskich o czasowej
niezdolności do pracy z powodu choroby
w formie dokumentu elektronicznego**

Naczelna Rada Lekarska, podzielać stanowisko Nr 2 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 roku w sprawie wystawiania zwolnień lekarskich w formie elektronicznej, po przeanalizowaniu aktualnego stanu prawnego w przedmiotowej sprawie, apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do radykalnego uproszczenia systemu wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby w formie dokumentu elektronicznego, w szczególności poprzez ograniczenie roli lekarza przy wystawianiu tych zaświadczeń do działań polegających na określeniu rozpoznania i czasu niezdolności pacjenta do pracy.

Jednocześnie samorząd lekarski wskazuje na konieczność uproszczenia sposobu podpisywania wystawianych zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, który obecnie opiera się wyłącznie na mechanizmie kwalifikowanego podpisu elektronicznego albo podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP. Postuluje się ponadto zwolnienie lekarzy z obowiązku ponoszenia jakichkolwiek kosztów związanych z wprowadzaniem systemu wystawiania zaświadczeń w formie dokumentu elektronicznego, ewentualnie określenie refundacji kosztów związanych z wprowadzaniem tego systemu. Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że koszty związane z zakupem i utrzymywaniem systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację systemu wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy w formie elektronicznej aktualnie ponoszą lekarze, natomiast finalnie powinny być refundowane ze środków publicznych.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska ponawia apel do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecz-

nej dotyczący określenia zasad odpłatności i ustalenia wynagrodzenia dla lekarzy za wystawianie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, bowiem praca związana z prawidłowym wypełnieniem druków zwolnienia lekarskiego, w tym także ocena stanu zdrowia pacjenta pod kątem zdolności do pracy, powinna być pracą odpłatną. Nakładanie przez ustawodawcę na lekarzy obowiązków administracyjnych wykonywanych na zlecenie instytucji publicznych (ZUS) powinno być równoważone prawem do stosownego wynagrodzenia.

SEKRETARZ *Marek Jodłowski* PREZES *Maciej Hamankiewicz*

**APEL Nr 3/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

**do Ministra Finansów i Ministra Zdrowia
w sprawie zmiany przepisów podatkowych**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Finansów oraz Ministra Zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do zmiany przepisów prawa podatkowego tak, aby koszty ponoszone przez lekarzy i lekarzy dentystów na kształcenie podyplomowe, niezależnie od formy wykonywania zawodu, zmniejszyły wysokość zobowiązania podatkowego w podatku dochodowym od osób fizycznych, poprzez zaliczenie ich w pełnej wysokości do kosztów uzyskania przychodów lub poprzez możliwość odliczenia ich od podatku. Wystąpienie niniejsze stanowi realizację apelu nr 12 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r. Uzasadnienie:

Samorząd lekarski przypomina, że na lekarzy i lekarzy dentystów nałożono ustawowy obowiązek ustawicznego doskonalenia zawodowego. Wynika on z charakteru zawodu lekarza jako zawodu zaufania publicznego wymagającego ustawicznego kształcenia i podnoszenia kwalifikacji dla dobra pacjentów czy szerzej dla dobra całego społeczeństwa w służbie którego lekarz działa. Jest to niezbędne, ponieważ udzielane świadczenia zdrowotne muszą być zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Realizacja tego obowiązku wiąże się w sposób oczywisty z koniecznością ponoszenia kosztów. Ustawowy obowiązek doskonalenia zawodowego dotyczy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów bez względu na formę wykonywania działalności zawodowej. Koszty kształcenia muszą ponosić zarówno lekarze będący przedsiębiorcami, czyli ci którzy wykonują zawód w formie praktyki zawodowej, jak i ci którzy wykonują zawód na podstawie stosunku pracy. Naczelna Rada Lekarska uważa, że wydatki te w obu grupach jednakowo powinny pomniejszać wysokość zobowiązania podatkowego, ponieważ kształcenie ustawiczne to obowiązek powszechny dotyczący wszystkich lekarzy.

O ile w przypadku lekarzy prowadzących działalność gospodarczą przyjęto, że wydatki ponoszone na udział w szkoleniach i sympozjach pozwalających zdobyć wiedzę podnoszącą poziom świadczonych usług mogą stanowić koszt uzyskania przychodów, o tyle w przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie stosunku pracy takiej możliwości obecne przepisy nie przewidują.

Naczelna Rada Lekarska podkreśla że ustawodawca nakładając na lekarzy i lekarzy dentystów obowiązek świadczenia pacjentom opieki na najwyższym poziomie wiedzy i umiejętności powinien zapewnić instrumenty prawne pozwalające zobowiązanym zrealizować ten obowiązek. Obowiązek ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych został doprecyzowany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia

z dnia 16 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2004r. nr.231, poz.2326, z późn. zm.), nie zostały jednak stworzone żadne mechanizmy ułatwiające realizację tego zobowiązania osobom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę. Brak jest np. przepisów przyznających prawo do płatnego urlopu szkoleniowego lekarza, ewentualnie mechanizmów pozwalających na finansowanie przez pracodawców kosztów szkoleń zatrudnionych lekarzy.

W tej sytuacji samorząd lekarski postuluje, aby wydatki ponoszone na realizację doskonalenia zawodowego w formach przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, w pełnej kwocie zmniejszały zobowiązanie podatkowe lekarza, niezależnie od formy wykonywania zawodu. Realizacja postulatów samorządu lekarskiego wymaga zmiany ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

SEKRETARZ *Marek Jodłowski* PREZES *Maciej Hamankiewicz*

**APEL Nr 4/17/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 stycznia 2017 r.**

**do Ministra Zdrowia w sprawie zniesienia
obowiązku zgłaszania zmian dotyczących
osób w harmonogramie świadczeń**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o dokonanie zmiany rozporządzenia z dnia 15 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polegającej na zniesieniu obowiązku zgłaszania zmian w harmonogramie dotyczących osób wykonujących zawody medyczne.

Rada przypomina, że postulat zmiany ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie zgłosił już Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy w apelu nr 14 z dnia 14 maja 2016 r.

Naczelna Rada Lekarska proponuje wprowadzić zmiany do § 6 załącznika do rozporządzenia polegające na zniesieniu obowiązku zgłaszania zmian w harmonogramie dotyczących osób wykonujących zawody medyczne, pod warunkiem, że zmiany w harmonogramie nie będą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób oraz szczegółowych warunków określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 kwietnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Proponuje się przy tym wykreślenie w § 6 ustępu drugiego oraz zmianę ustępu trzeciego i nadanie mu następującego brzmienia:

3. Zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1 nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, określonych w przepisach regulujących wykonywanie tych zawodów lub określających te kwalifikacje oraz szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej wymaganie każdorazowego zgłaszania do Funduszu zmian personelu nie jest konieczne w sytuacji, gdy podmiot udzielający świadczeń zachowa wymóg odpowiednich kompetencji personelu. Konieczność zgłaszania zmian w harmonogramie wydaje się szczególnie niezasadna w sytuacji krótkotrwałych zastępstw związanych z chorobą osoby wykonującej zawód medyczny czy jej urlopem.

SEKRETARZ *Marek Jodłowski* PREZES *Maciej Hamankiewicz*

Szpital: wystarczy minuta!

Wkrótce praktycznie każdy szpital będzie w stanie szybko zidentyfikować gatunki bakterii odpowiedzialne za infekcję rozwijającą się u pacjenta. Polscy naukowcy opracowali nową, łatwą do zaadaptowania i tanią procedurę.

Gdy do szpitala trafia pacjent z zaawansowaną infekcją bakteryjną, na przykład chory na sepsę, czas nabiera kluczowego znaczenia. Im szybciej uda się ustalić gatunek intruza pustoszącego organizm, tym większa szansa na skuteczną terapię. Tymczasem powszechnie stosowane metody analityczne wciąż wymagają namnażania bakterii (co nierzadko trwa nawet kilka dni) lub specjalistycznego sprzętu, dostępnego w nielicznych laboratoriach. Identyfikację bakterii można jednak przeprowadzić w niemal każdej przyszpitalnej pracowni analitycznej, a czas oczekiwania na wynik skrócić do minut. – Szybciej, lepiej, taniej: nam udało się zrealizować wszystkie te cele. Może się o tym przekonać każdy zainteresowany, ponieważ z pełną świadomością zrezygnowaliśmy z ochrony patentowej – mówi dr Jan Paczesny z Instytutu Chemii Fizycznej Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, który kierował projektem badawczym finansowanym z grantów Narodowego Centrum Nauki. Urządzeniem detekcyjnym w nowej technice identyfikowania bakterii jest cytometr przepływowy. Mimo pozornie groźnej nazwy jest to dość prosta i względnie tania aparatura, znajdująca się na wyposażeniu wielu szpitali, gdzie stosuje się ją powszechnie w badaniach



▲ Im szybciej uda się ustalić gatunek intruza pustoszącego organizm, tym większa szansa na skuteczną terapię.

Źródło: Serwis Nauka w Polsce
www.naukawpolsce.pap.pl,
ICF PAN w Warszawie

krwi. Badanie w cytometrze polega na przepuszczaniu próbek przez dyszę, z której wypływa strumień tak wąski, że wszystkie większe drobi-ny w roztworze, zwłaszcza komórki, muszą w nim płynąć jedna za drugą. – Pomiar w cytometrze zwykle trwa około minuty. Wynik to wykres, na którym widzimy, jak oddziałują ze światłem wszystkie biokoniuagaty, a ponieważ wiemy, jaki sygnał powinniśmy dostać od czystych biokoniuagatów, a więc tych bez bakterii, możemy łatwo ustalić, czy w badanej próbce znajdują się poszukiwane przez nas bakterie, a jeśli tak, to w jakiej liczbie – mówi doktorant Łukasz Richter. W przypadku sepsy, której większość przypadków wywołuje zaledwie kilkanaście gatunków bakterii, przeprowadzenie identyfikacji wymagałoby wówczas równoległego przeprowadzenia co najmniej kilkunastu testów. Sprawnemu technikowi laboratoryjnemu cała procedura nie powinna zająć więcej niż godzinę. ○

Ubiorą wcześniaki

Łódzcy naukowcy pracują nad technologią nowoczesnego ubioru ochronnego dla noworodków przedwcześnie urodzonych.

Ubranka mają chronić wcześniaki poprzez ograniczenie utraty przez nie wody wskutek parowania, jednocześnie pozwalając im zachować komfort termiczny. Badacze liczą, że ich unikatowe rozwiązanie wejdzie na rynek za trzy lata. Projekt dotyczący opracowania technologii nowoczesnego ubioru ochronnego dla noworodków urodzonych przedwcześnie w oparciu o układy warstwowe realizuje zespół naukowców prof. Izabelli Krucińskiej z Wydziału Technologii Materiałowych i Wzornictwa Tekstyliów Politechniki Łódzkiej. Specjaliści przypominają, że mimo systematycznej poprawy w zakresie opieki zdrowotnej, obserwuje się w ostatnich latach wzrost przedwczesnych porodów. W 2014 r. w Polsce urodziło się ponad 23,2 tys. wcześniaków, co stanowi ok. 6 proc. wszystkich nowo narodzonych dzieci. Dzieci te przyszły na świat z masą urodzeniową poniżej 2500 g, a niemal 0,5 proc. dzieci urodziło się ze skrajnie niską masą urodzeniową (poniżej 1000 g). ○

Mniej HCV

Do 190 tys. spadła w Polsce liczba osób zakażonych wirusem wywołującym zapalenie wątroby typu C (HCV).

Jeszcze kilka lat temu badania sugerowały, że takich osób jest 220-230 tys. – Jeśli będziemy leczyć rocznie od 10 do 15 tys. chorych, to jest szansa, że w 2030 r. wyeliminujemy w Polsce zakażenia wirusem HCV – mówi prof. Robert Flisiak z Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego. Uzdecydowanej większości osób dolegliwości występują od 5 do 35 lat od zakażenia wirusem HCV. Wtedy jednak są już znaczne zniszczenia wątroby. Wcześniej, zanim jeszcze do tego dojdzie, można wykryć infekcję testem krwi na obecność przeciwciał przeciwko HCV. Powinny to zrobić osoby, które często przeżywały w szpitalu i były poddawane licznym zabiegom, takim jak operacje, pobieranie krwi, iniekcje, usuwanie znamion, zabiegi stomatologiczne oraz endoskopia. ○



Najnowsze doniesienia ze świata nauki i medycyny na www.gazetalekarska.pl

Zabójczy wddech



GIOŚ co chwilę wydaje alerty o przekroczeniu w Polsce wskaźników stężeń groźnych pyłów w powietrzu. Włodarze miast wprowadzają dni bezpłatnej komunikacji, zamykają przedszkola i radzą, by nie wychodzić z domu.

✎ MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Krakowska policja w trosce o swoich funkcjonariuszy zakupiła specjalne maski. Coraz więcej osób planuje też zaopatrzenie się w ten element ochronny. Niektórzy już to zrobili – od jakiegoś czasu na ulicach większych miast widzi się ludzi uzbrojonych w maski antysmogowe. I można by się śmiać, że to niepotrzebna panika, gdyby nie jeden szczegół: smog naprawdę szkodzi, i to bardzo.

O tym, że jest źle, mówią raporty. Między innymi Światowa Organizacja Zdrowia w 2012 r. alarmowała, że zanieczyszczone powietrze przyczyniło się do przedwczesnej śmierci 7 mln ludzi na świecie. W Europie to każdego roku ponad pół miliona osób, w Polsce 47,3 tys. –

to z kolei dane Europejskiej Agencji Środowiska (EEA). Brudne powietrze skraca życie statystycznego Europejczyka o 8 miesięcy, Polaka – o 10 miesięcy. Według EEA Polska jest w czołówce krajów UE zanieczyszczonych benzo(a)pirenem, PM_{2,5} i PM₁₀. Na problem zwracała też uwagę m.in. Najwyższa Izba Kontroli, która w raporcie o jakości powietrza w naszym kraju w latach 2008-2013 informowała, że mamy najbardziej zanieczyszczone powietrze w Unii Europejskiej. Na alarm biją organizacje pozarządowe oraz lekarze. Prezydium NRL zaapelowało w styczniu tego roku do premier Beaty Szydło o pilne podjęcie skoordynowanych, międzyresortowych działań zmierzających do poprawy jakości powietrza w Polsce.

Wróg jest dobrze rozpoznany. Smog to mieszanina zanieczyszczeń, którą

^ Smog to mieszanina zanieczyszczeń, którą tworzą pyły zawieszone (PM₁₀ i PM_{2,5}) i gazy.

tworzą pyły zawieszone (dzielimy je na PM₁₀ i PM_{2,5}, w zależności od wielkości) i gazy. Zawierają substancje toksyczne, np. benzo(a)piren, dioksyny i metale ciężkie. Powstają w wyniku spalania paliw kopalnych w piecach ogrzewających domy i zakładach przemysłowych, palenia śmieci. Groźne cząsteczki są też w spalinach samochodowych. Tworzą smog przy sprzyjających warunkach atmosferycznych i w miejscach, gdzie trudno o przewietrzenia.

DOWODY

Połowa lutego, za oknem tak jakoś mało przejrzystość. Kiedyś powiedzielibyśmy, że to mgła, dziś już wszyscy wiedzą, że to coś zupełnie innego, o wiele groźniejszego. Znowu w wielu miejscach nad Polską wisi wyjątkowo gęsty smog. O fatalnej jakości powietrza od rana informują serwisy informacyjne. Warszawa, Poznań, Lublin, Łódź, Wrocław, Bydgoszcz, Katowice, Kraków, Rybnik, Żywiec, Nowa Ruda..., a nawet Szczecin – smog truje wszędzie. Najlepsze powietrze jest dziś w Gdańsku, ale postanawiamy pojechać tam, gdzie jest najgorzej – na południe Polski, a dokładnie – do Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, gdzie zespół naukowców przeprowadził badania dotyczące wpływu smogu na zdrowie człowieka.

Przed wyjazdem zaglądamy jeszcze na stronę GIOŚ. Stężenie PM₁₀ w ujęciu godzinowym jest na poziomie ponad trzynastokrotnie przekraczającym normy. Spokojnie, w średniej dobowej wydajnie „tylko” ponad 200 µg/m³, to dużo mniej. Dopuszczalny poziom PM₁₀ to 50 µg/m³, więc przy 200 µg/m³ raczej należałoby ograniczyć aktywność na powietrzu. Przy stanie powyżej 300 µg/m³ najlepiej zostać w domu i przy takim stężeniu pyłów bezwzględnie ograniczyć przebywanie na zewnątrz.

W niewielkim pokoju na parterze budynku A zabrzańskiej placówkiczekają

już na nas prof. Andrzej Lekston i doktor Aneta Ciślak, którzy wspólnie z prof. Mariuszem Gąsiorem i kierowanym przez niego zespołem z III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii badali wpływ zanieczyszczenia powietrza na występowanie zdarzeń chorobowych ze strony układu krążenia. Dane ze Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej z lat 2006-2014 obejmującej hospitalizację i świadczenia ambulatoryjne ponad 600 tys. chorych zestawili z danymi na temat stężeń dobowych w powietrzu PM10, PM2,5, dwutlenku siarki, tlenków azotu, tlenku węgla i ozonu pozyskane z bazy Śląskiego Monitoringu Powietrza, obejmujące stacje pomiarowe w Dąbrowie górniczej, Gliwicach, Katowicach, Sosnowcu, Tychach i Zabrzu. Co pokazały skorelowane ze sobą tabele?

– Zobaczyliśmy wyraźne zależności, że im większe zanieczyszczenie powietrza, tym większe ryzyko zawału serca i udaru mózgu, częstsze hospitalizacje z powodu zatorowości płucnej i migotania przedsionków. Pacjenci częściej też odwiedzali poradnię POZ, większa była liczba wizyt 7-14 dni po występowaniu smogu. Zanieczyszczenie powietrza wpływa na potęgowanie śmiertelności o 6 proc. ogółem i 8 proc. z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Wyniki są jednoznaczne – mówi prof. Andrzej Lekston.

TRUCICIEL

Dlaczego smog ma tak szkodliwy wpływ na zdrowie człowieka? – W ciągu minuty robimy 15 oddechów, a przez dobę pobieramy około 10,5 tys.

litrów powietrza, w którym podczas nagromadzenia zanieczyszczeń aż roi się od szkodliwych substancji. Pyły większych rozmiarów podrażniają spojówki, gardło, tchawicę, powodują zmęczenie, ból głowy, kaszel i utrudniają oddychanie. Te najmniejsze są w stanie przedostać się do płuc i krwioobiegu, powodując m.in. spustoszenie układu oddechowego, układu krążenia i nowotwory płuc. Uszkadzają między innymi śródbłonek naczyń krwionośnych, przez co zostaje zahamowana lub upośledzona produkcja tlenku azotu działającego w podobny sposób jak nitrogliceryna, która rozkurcza komórki mięśni gładkich i poprawia w ten sposób przepływ wieńcowy. Skutkować to może zwężaniem się tętnic i rozwojem miażdżycy, a następnie wystąpieniem ostrych incydentów wieńcowych. Zła jakość powietrza to także mniej tlenu w płucach, co może powodować wystąpienie przewlekłego zmęczenia, a z czasem rozwijanie się zmian chorobowych, jak POChP. Wpływ smogu na zdrowie badają naukowcy na całym świecie. Co chwilę donoszą o kolejnych jednostkach chorobowych, których jest winowajcą, jak np. o wpływie smogu na rozwój choroby Alzheimera. Zanieczyszczone powietrze zwiększa też ryzyko autyzmu u dziecka, jeśli kobieta w III trymestrze ciąży wystawiona była na ekspozycję smogową – wylicza prof. Lekston.

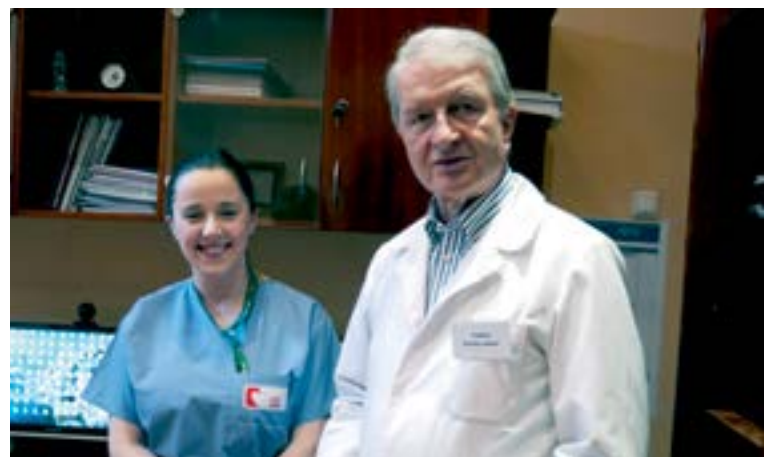
Badań potwierdzających szkodliwość zanieczyszczonego powietrza na zdrowie człowieka jest więcej. Prof. Zbigniew Gąsior z Katedry

► Lekarze z SCCS udowodnili m.in., że zanieczyszczone powietrze zwiększa ryzyko zawału serca i udaru mózgu oraz liczbę hospitalizacji z powodu zatorowości płucnej i migotania przedsionków.



i Kliniki Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w jednym ze swoich opracowań wspomina, że istnieją niezbita dowody naukowe, że stopień zanieczyszczenia powietrza jest przyczyną zwiększonej śmiertelności i rozwoju chorób sercowo-naczyniowych oraz chorób układu oddechowego. Zauważa, że w ubiegłym roku ukazało się około 300 artykułów w recenzowanych czasopiśmie medycznych prezentujących wyniki badań nad wpływem zanieczyszczeń powietrza na układ krążenia. Przytacza osiągnięcia m.in. naukowców z USA, którzy udowodnili związek stężeń PM2,5 ze zwiększonym ryzykiem zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Do podobnych wniosków doszli badacze z Wielkiej Brytanii. Z kolei naukowcy z Niemiec udowodnili związek zwiększonej ekspozycji na pył zawieszony ze zwiększonym ryzykiem udaru mózgu. Z badań prof. Francine'a Ladena z Uniwersytetu Harvarda wynika z kolei, że na zgon z powodu raka płuca o 20 proc. bardziej narażeni są ludzie, którzy nigdy nie palili papierosów, ale mieszkają w rejonach o dużym zanieczyszczeniu atmosfery. Co więcej, w 2013 r. Światowa Organizacja Zdrowia zaliczyła pył zawieszony do znaczących czynników kancerogennych.

Polsko-Amerykański Instytut Pediatry Uniwersytetu Jagiellońskiego



◀ Na zdjęciu: prof. Andrzej Lekston i doktor Aneta Ciślak, współautorzy badań na temat wpływu smogu na występowanie zdarzeń chorobowych ze strony układu krążenia.



Collegium Medicum przez 10 lat prowadził badania na terenie USA i w Polsce na temat wpływu zanieczyszczenia powietrza na rozwój dziecka w okresie płodowym. Co się okazało? Dzieci, których matki w okresie ciąży przebywały na terenach o znacznym zanieczyszczeniu powietrza, miały mniejszą masę urodzeniową, były bardziej podatne na zapalenia dolnych i górnych dróg oddechowych oraz nawracające zapalenie płuc w okresie niemowlęcym i późniejszym. Natomiast naukowcy z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi wykazali, że mężczyźni narażeni na wdychanie zanieczyszczonego powietrza mają więcej niepełnowartościowych plemników i produkują mniej testosteronu.

NIERÓWNA WALKA

Sytuacja wydaje się jednak patowa. Z jednej strony wiemy, że smog szkodzi, z drugiej – nie sposób się przed nim uchronić. Zanieczyszczone powietrze jest wszędzie, nie ma gdzie się przed nim ukryć. Czy jesteśmy skazani na życie w maseczkach antysmogowych?

– Do walki z zanieczyszczonym powietrzem potrzeba oczywiście zmian systemowych, bo przecież ludzie palą w prymitywnych piecach, niskiej jakości opałem nie dlatego, że lubią. Powodem jest najczęściej brak pieniędzy. Bez wątplenia trzeba jednak zmieniać ich sposób myślenia, bo raz ich brudna firanka w oknie sąsiada, ale to, że sąsiad pali śmieciami, już nie. Trzeba im uświadamiać, i myślę w tym momencie o lekarzach, że pacjent ma chore serce może właśnie dlatego, że rozpala śmieciami palenisko i wdycha powietrze zatrutowane przez samego siebie. Póki co, najbardziej powinniśmy być uwrażliwieni w przypadku dzieci, kobiet w ciąży, osób starszych i pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi. Grupy ryzyka powinny zostać w domu na czas alarmu smogowego, a już na pewno nie podejmować aktywności fizycznej na zewnątrz – mówi doktor Aneta Ciślak. – Trzeba też informować, że w tym czasie istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia zatorów płucnej, niewydolności serca, zawału mięśnia sercowego, udaru mó-

zgu, duszności, migotania przedsionków. Idealnie byłoby, gdyby dla całej Polski udało się utworzyć system ostrzegawczy dla lekarzy i pacjentów. Wiemy, jak to zrobić technicznie, mamy algorytmy, jednak na to potrzeba dodatkowych środków, których niestety obecnie nie mam – dodaje prof. Lekston.

A jaką wiedzę na temat smogu mają sami lekarze? Zbadał to doktor Tadeusz Zielonka z Katedry Medycyny Rodzinnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W anonimowej ankiecie zapytał o to 141 lekarzy różnych specjalizacji w wieku od 26 do 73 lat. 73 proc. badanych oceniło swoją wiedzę na temat smogu



^ Mieszkańcy miast nie mają zbyt optymistycznych widoków na przyszłość.

jako niewystarczającą, prawie nikt nie wiedział, jakie są dopuszczalne stężenia pyłów...

Opuszczamy zabrzańskie centrum chorób serca. Dzień jest pochmurny, a raczej smogowy. Podnosimy głowy do góry, żeby spojrzeć w niebo. Jest słońce, a właściwie przebija się przez siwą mgłę PM10 i czarny dym wylatujący z komina jednej z pobliskich kamienic. Jak tylko zrobi się cieplej, przestaną tak kopcić – zauważyliśmy niemal jednocześnie. Tyle, że pozostają jeszcze spaliny samochodowe i zanieczyszczenia powietrza powodowane przez duży przemysł. Mieszkańcy miast nie mają zbyt optymistycznych widoków na przyszłość. Chyba nie chcemy myśleć o tej perspektywie. Na szczęście na miejsce dotrzemy, kiedy będzie ciemna noc. ○

**W CIĄGU MINUTY ROBIMY 15 ODDECHÓW,
A PRZEZ DOBĘ POBIERAMY OKOŁO 10,5 TYS.
LITRÓW POWIETRZA, W KTÓRYM PODCZAS
NAGROMADZENIA ZANIECZYSZCZEŃ AŻ ROI SIĘ
OD SZKODLIWYCH SUBSTANCJI.**

Proszę poczekać



Marta
Jakubiak

Zastępcza redaktora
naczelnego
„Gazety Lekarskiej”

Doktor Beata, lekarz dentysta, w zawodzie od ponad 20 lat. Bardzo lubi swoją pracę, lubi też swoich pacjentów. Przez lata nie miała zbyt wielu okazji, by w placówkach służby zdrowia przebywać bez fartucha lekarskiego, zobaczyć, jak działa system. W końcu jednak przyszedł taki czas. I opowiedziała mi, jak to jest być lekarzem „w cywilu”.

Czekaliśmy na opis rtg. klatki piersiowej. Niby nic takiego, bo niespełna dwa lata wcześniej tata przeszedł w szpitalu bardzo dokładną diagnostykę układu oddechowego. I wtedy wszystko było w porządku. Ale gdy pani doktor radiolog zapytała, czy jestem córką pacjenta i czy może ze mną chwilę porozmawiać, przyznam, że serce mocniej mi zabiło. Rozległy guz prawego płuca...

Pamiętam życzliwość, współczucie, troskę, empatię. Byłam zaskoczona, że pani doktor znalazła czas, żeby dodatkowo podpowiedzieć mi, co dalej mamy robić. Dodatkowo, aby uniknąć przypadkowego odczytania wyniku badania przez ojca, tak sformułowała opis, żeby nie budził podejrzeń.

PIERWSZE ZDERZENIE

Mimo miażdżącej diagnozy i szoku były we mnie olbrzymie pokłady optymizmu i wiary. Tak łatwo się nie poddamy. Ruszyła zielona karta DiLO: łatwiej, szybciej, sprawniej. Ze skierowaniem i pełną dokumentacją ojca przybyłam na izbę przyjęć rekomendowanego szpitala. Na oko 40 oczekujących. Trzy gabinety, pracuje jeden. W okienku rejestracji pani nie potrafi mi powiedzieć, czy z chorym

ojcem mogę przyjechać na umówioną godzinę, czy też muszę czekać cały dzień w takiej kolejce. Mam zapytać lekarza – tego, który właśnie ma dyżur. Jeżeli stanę na końcu kolejki, na pewno nie zdążę dzisiaj do pracy. Mam odwołać pacjentów, żeby zadać pytanie lekarzowi? Nie! Idę na początek, może uda mi się z kimś wejść. Staram się jak najgrzeczniej poprosić o pozwolenie na krótką rozmowę z lekarzem. Doświadczam fali nieważności ze strony oczekujących. Wszyscy tkwią tu od rana i nikogo nie wpuszczają. Przeczekam. Kolejkowa agresja rośnie, jestem wręcz obrażana. Próba rozmowy jeszcze bardziej podgrzewa atmosferę. Kiedy zaczynam być siłą odpychana od drzwi gabinetu, dociera do mnie, że więcej już nie dam rady znieść. Pękam. Ryczę jak dziecko. Uciekam spod gabinetu, nie chcę urządzać scen, ale i tak dopadają mnie jadowite słowa pogardy i złości. Na szczęście podchodzi do mnie starszy pan i mówi, że mnie wpuści. W dwie minuty lekarz decyduje, że mamy się zgłosić rano, ojciec będzie przyjęty na oddział.

NA ODDZIALE

Łapiemy oddech po supersprawnym przejściu przez izbę przyjęć. Tu płynność się kończy. Na oddziale czekamy na przyjście lekarza. Po dwóch godzinach zjawia się pan

40

Ze skierowaniem i pełną dokumentacją ojca przybyłam na izbę przyjęć. Na oko 40 oczekujących. Trzy gabinety, pracuje jeden.

doktor, który rozmawia ze mną, jakby ojca w ogóle z nami nie było. Jest poirytowany i mocno niezadowolony. Podważa zasadność skierowania ojca do szpitala. Krytykuje leczenie przeciwnakrzepowe zlecone przez innego lekarza. Z rozmowy orientuję się, że praktycznie nie zapoznał się z dokumentacją



medyczną taty. Po chwili znika bez słowa. Kiedy zostajemy sami, ojciec pyta mnie, czy to znaczy, że był leczony nieprawidłowo?

Kolejne dni to przemierzanie niekończących się korytarzy szpitalnych, w celu odnalezienia pana doktora. Jak już się uda go znaleźć, to uzyskanie jakichkolwiek informacji o stanie ojca wymaga minimum półgodzinnego czekania pod gabinetem lekarskim. Mam liczne obowiązki, nie godzę się na taką stratę czasu. Podczas kolejnego kontaktu z lekarzem ujawniam, że też nim jestem. Robi się troszkę milej, na chwilę. Wtedy też dowiaduję się, że szpital nic więcej nie może zrobić dla mojego ojca i że mogę go zabrać do domu. Jestem też poinformowana, że placówka, w której przebywa tata, przekroczyła w połowie miesiąca limit finansowy zaplanowany do końca kwartału. Czuję się trochę winna i trochę wdzięczna, że mimo takiej sytuacji ojciec został przyjęty.

W ODPOWIEDZI SŁYSZĘ DOSKONALE MI ZNANE: „DOBRZE, ALE TRZEBA BĘDZIE TROCHĘ POCZekać”. SZYBKo PYTAM: „ALE KONKRETNIE ILE, BO U PANA DOKTORA TO BARDZO DŁUGO TRZEBA CZekać”. PAN DOKTOR ODWRACA SIĘ PLECAMI.

WYKLUCZENIE

Wybucho epidemia grypy. Oddział jest zamknięty. Bezpośredni kontakt z pacjentami i personelem nie istnieje. Podczas rozmowy telefonicznej pan doktor umawia się ze mną na następny dzień, że wypisujemy ojca ze szpitala. Przybycie na umówioną godzinę oczywiście nic nie daje. Czekam ponad dwie. Jak się potem okazuje, ojciec czeka na mnie od rana. Jedyną osobą, dzięki której mogę przekazać tacie, że jestem i czekam, jest salowa. W końcu udaje się jakoś to wszystko domknąć. Wracamy do domu z kompletem nowych dokumentów. Jest już późny wieczór. Coś jest nie tak. Tata ma ponad 39 stopni

gorączki. Dzwonię do szpitala, jest pan doktor! Uff... W słuchawce słyszę: „pewnie się zaraził”. Otrzymuję nazwę leku, który mam wypisać na receptę i podać jak najszybciej. Po 24 godzinach sytuacja wraca do normy. Pytanie: czy tak musi być, czy tak powinno być?

Po kilku dniach jeszcze raz udaję się do szpitala, po odbiór wyników badań. Oczywiście, zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami, bezpośrednio u pana doktora. Pukam do drzwi, wchodzę. W pokoju kilku lekarzy i jest ten właściwy. Przedstawiam się i streszczam, dlaczego zawracam głowę. W odpowiedzi słyszę doskonale mi znane: „dobrze, ale trzeba będzie trochę poczekać”. Szybko pytam: „ale konkretnie ile, bo u pana doktora to bardzo długo trzeba czekać”. Pan doktor odwraca się plecami. I wtedy jedna z obecnych w pokoju lekarek proponuje, że wyda mi wyniki. Po kilku minutach mam dokumenty. Otrzymuję też, po raz pierwszy, wiele cennych rad i informacji dotyczących opieki nad pacjentem onkologicznym. Jestem zdziwiona, a nawet nieco oszołomiona życzliwością i serdecznością. Można? Można.

EPIKRYZA

Opowiedziałam o tym wszystkim nie po to, by kogoś oceniać czy napiętnować. Z takim systemem i z takim lekarzem spotkałam się po raz pierwszy. Kosztowało nas to sporo nerwów, szarpaniny i bezsensownej straty czasu. Czasu, którego wtedy mojemu ojcu zostało już bardzo niewiele... I jeszcze jedna refleksja. Czy gdyby tata był osobą samotną, czy zdołałby sam przejść taką trudną drogę? Myślę, że nie. ○

◀ Z takim systemem i z takim lekarzem spotkałam się po raz pierwszy. Kosztowało nas to sporo nerwów, szarpaniny i bezsensownej straty czasu.



Pionierski przeszczep dłoni we Wrocławiu

GL
WYWIAD



Lekarze z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu przeszczepili dłoń pacjentowi, który jej nigdy nie miał. To pierwsza taka operacja na świecie. Z drem **Adamem Domanasiewiczem**, szefem zespołu, który podjął się tego zadania, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Skąd pomysł na taką transplantację?

Do tej pory medycyna skupiała się na przeszczepach kończyn u osób, które straciły je w wyniku jakiegoś wypadku. Ludzie bez ręki czy nogi od urodzenia mieli do wyboru życie w kalectwie lub protezę. Działo się tak, bo sądzono, że u osób z wadą rozwojową nie wykształciła się w mózgu reprezentacja korowa, która steruje jej ruchem. Skoro tak, to przeszczep jest bezsensowny.

GL Pan jednak postanowił zaryzykować.

Nie ująłbym tak naszej decyzji, nie wolno ryzykować, poza sytuacjami ratowania życia. Ja miałem przesłanki, aby wierzyć w powodzenie. Po pierwsze są pacjenci, którzy w wyniku utraty rąk, świetnie zaczynają posługiwać się ustami czy stopami, więc można mózg reedukować w tej kwestii. Poza tym w Malezji (2000 r.) i Kanadzie (2006 r.) dokonano podczas rozdzielenia bliźniąt syjamskich przeszczepów ramienia w pierwszym, a kończyny dolnej w drugim przypadku, od jednej z sióstr, której wady uniemożliwiały przeżycie – drugiej, która kończyny nie posiadała. Z kolei w 2009 r. w szpitalu w Trzebnicy przeszczepiliśmy ramię dorosłemu już wówczas mężczyźnie, który ją stracił, gdy miał 1,5 roku, 28 lat po wypadku. Te zabiegi udały się. To oznacza, że da się sterować ręką, nawet gdy mózg nigdy jej świadomie nie używał.

GL Jak wyglądały przygotowania do operacji?

Stworzyliśmy bazę potrzebujących i czekaliśmy na odpowiedniego dawcę. Skompletowaliśmy zespół lekarzy z naszego szpitala – w sumie kilkanaście osób – chirurgów, anestezjologów, instrumentariuszek i pielęgniarek anestezjologicznych. W końcu zadzwonił telefon, że jest dawca dla jednego z naszych podopiecznych, pana Pio-

tra. Zaczęła się intensywna praca. Przedyskutowaliśmy wszystkie warianty zespołów i przystąpiliśmy do pracy. Na jednej sali pracowały dwa zespoły. Jeden, którym kierował prof. Jerzy Gosk, przygotowywał biorcę do przeszczepu, a drugi, którym kierowałem, wspólnie z drem Markiem Stępniewskim, zajął się pobraniem i przygotowaniem amputatu do przyłączenia. Potem oba zespoły pracowały razem.

GL Co było najtrudniejsze?

Amputacja urazowa dzieli kończynę anatomicznie na część odciętą i tę, która została. Odtworzenie funkcji jest wtedy prostsze, bo po prostu przyszywamy brakujący fragment. Gdy u pacjenta kończyna nie jest wykształcona prawidłowo, a o takim przypadku mówimy, zespolenie brakującego fragmentu jest utrudnione. Wiele naczyń, nerwów, ścięgien i mięśni jest słabo rozwiniętych lub w ogóle się nie wykształciły i ciężko je dopasować do kończyny dawcy. Dopiero po rozpreparowaniu kikuta pacjenta było widać, co będzie potrzebne do przeszczepu. Okazało się, że u pana Piotra z połączeniem kości nie będzie problemu, za to naczynia krwionośne zespoliliśmy dopiero w części ramiennej, a nerwy były 4 razy mniejsze w przekroju od tych, które miał dawca.

GL Jak czuje się pacjent?

Może już obejmować, chwycić i przesunąć duże przedmioty. Prostuje i zgina palce podobnie jak jego poprzednicy przeszczepiani po urazach w analogicznym okresie pooperacyjnym. Jest obiecująco, choć jeszcze czeka go żmudna rehabilitacja i neurorehabilitacja, czyli nauka mózgu, jak ma obsługiwać rękę. My z kolei już planujemy kolejną transplantację. Program będzie kontynuowany. 

Dieta kontra rak

Codziennie dokonujemy ważnych wyborów w kuchni, sklepie czy restauracji. To kwestia bycia zdrowym, czasami nawet przedwczesnej śmierci. Posiłki powinny być zbilansowane, nie wolno popadać w monodietę.



Mariusz Tomczak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”



Zgodnie z prognozami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w ciągu najbliższych 15-20 lat na świecie podwoi się liczba nowych zachorowań na nowotwory. Dr Joanna Didkowska z Centrum Onkologii w Warszawie przewiduje, że w 2025 r. u ok. 180 tys. Polaków zostaną wykryte nowotwory (roczna liczba zachorowań przekroczyła już 160 tys.).

Raport „Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce” wskazuje, że już w najbliższej dekadzie najczęstszą przyczyną zgonów Polaków mogą stać się choroby nowotworowe. – To będzie główny zabójca ludzi w XXI w. – alarmuje dr Jacek Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii. Mimo że nie istnieje „cudowna”, uniwersalna dieta, która byłaby idealna dla każdego,

ryzyko wystąpienia chorób onkologicznych można znacznie ograniczyć, z większą troską patrząc na to, co jemy i pijemy. – Mamy dowody, że w naszym kraju w ostatnich 25 latach prawdopodobnie ok. 325 tys. osób uniknęło zachorowania na raka dzięki zmianie nawyków żywieniowych i ograniczeniu palenia papierosów – mówi prof. dr hab. Mirosław Jarosz, dyrektor Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ). Tę liczbę oszacowano na podstawie analiz i porównywania trendów zachorowań na poszczególne nowotwory złośliwe z trendami dotyczącymi zachowań żywieniowych Polaków. Do korzystnych zmian w sposobie żywienia Polaków na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat zalicza się przede wszystkim: wzrost spożycia warzyw i owoców, a za-

▲ **Proces karcynogenezy trwa wiele lat. Żywieniem możemy z tej drogi zawrócić.**

15 G

wynosi średnie
dzienne spożycie
ryb w Polsce
(dla porównania:
w Norwegii 80 g).

E i beta-karotenu), spadek spożycia mięsa czerwonego i soli, wzrost konsumpcji tłuszczów roślinnych (kosztem tłuszczów zwierzęcych). – Proces karcynogenezy trwa wiele lat. Żywieniem możemy z tej drogi zawrócić. Wiele zależy od naszego stylu życia, w tym również od odżywiania – podkreśla prof. Jarosz.

MIĘSO PRZETWORZONE JEST RAKOTWÓRCZE

W opinii Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC), potwierdzonej kilkuset różnymi badaniami, mięso przetworzone (tzn. poddane wędzeniu, konserwowaniu, soleniu, peklowaniu, dojrzewaniu albo z dodatkiem konserwantów) określono jako rakotwórcze dla człowieka, a mięso czerwone jako prawdopodobnie rakotwórcze. Spożycie dziennie 50 g mięsa przetworzonego zwiększa ryzyko wystąpienia raka jelita grubego o 18 proc. Zależność pomiędzy spożywaniem mięsa przetworzonego i mięsa czerwonego stwierdzono również dla nowotworów: trzustki, żołądka i prostaty. Nie należy jednak zapominać, że wieprzowina, wołowina, baranina, jagnięcina i dziczyzna to źródła bardzo dobrze przyswajalnego żelaza, bogate w selen czy w witaminę B12. W ciągu tygodnia ilość spożywanego mięsa czerwonego nie powinna przekraczać 500 g po ugotowaniu. Z uwagi na wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (WWA) warto zachować ostrożność przy spożywaniu produktów wędzonych. – WWA to ogromna grupa związków

rakotwórczych, prawdopodobnie rakotwórczych i potencjalnie rakotwórczych – mówi dr hab. Hanna Mojska, prof. IŻŻ. Zastrzega jednak, że nie da się wykazać, że konkretne substancje u danego człowieka spowodują w komórce zmiany prowadzące do powstania nowotworu. Karcynogeneza to bowiem proces niezwykle złożony, czasami trwający nawet kilkadziesiąt lat. – Mnóstwo czynników współdziała – dodaje. W trosce o zdrowie należy dietę komponować tak, aby spożycie produktów mięsnych opiekanych czy wędzonych bezpośrednio nad płomieniem było jak najniższe, co nie oznacza, że nie można ich jeść w ogóle. Warto pamiętać, że wiele związków kancerogennych znajduje się w produktach przypalonych. Dobrą alternatywą dla mięsa są rośliny strączkowe (fasola, soczewica, soja, ciecierzycza) charakteryzujące się wysoką zawartością białek.

Jedną z przyczyn raka żołądka jest nadmiar soli w diecie. Jej nadmierne spożycie (tj. powyżej 5 g dziennie) zwiększa hipertoniczność soku żołądkowego i nasila przewlekły stan zapalny, sprzyja tworzeniu karcynogenów poprzez przekształcanie azotanów

w azotyny w środowisku o obniżonym pH, a także negatywnie wpływa na metabolizm tkanki tłuszczowej (nadwaga i otyłość podwyższają ryzyko rozwoju chorób nowotworowych). – W ostatnich dekadach zmniejszyło się spożycie soli, co mogło przyczynić się do tego, że liczba zachorowań na raka żołądka spadła trzykrotnie w ciągu 30-40 lat – mówi prof. Jarosz. Wciąż jemy za mało ryb. W Polsce średnie ich spożycie wynosi ok. 15 g dziennie (dla porównania: w Norwegii 80 g). W ostatnich latach pojawiło się wiele alarmistycznych doniesień medialnych, jakoby konsumpcja ryb nie miałaby być tak dobroczynna dla zdrowia, a wręcz groźna, z uwagi na zanieczysz-

^ **Warzywa i owoce są źródłem m.in. potencjalnie antyrakotwórczych związków chroniących komórki.**

czenie ich rtęcią. – W Polsce spożycie rtęci z rybami szacuje się na ok. 6 proc. tzw. tolerowanego tygodniowego pobrania. Nawet jeśli podwoimy czy potroimy spożycie ryb, pozostaje szeroki margines bezpieczeństwa – uspokaja dr Regina Wierzejska z IŻŻ. Najwięcej rtęci kumulują duże ryby drapieżne, raczej niezbyt popularne w naszym kraju (rekin, miecznik, szczupak). O tym, że ryby nie są tak straszne, jak czasem media je „malują”, świadczy ubiegłoroczne stanowisko Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA), zgodnie z którym kobiety ciężarne, będące przeciwieństwem szczególnie ryzyka, mogą spożywać od 1 do 4 porcji w tygodniu. – Korzyści zdrowotne wynikające z pobrania obecnych w rybach kwasów tłuszczowych omega-3 przewyższają potencjalne ryzyko – dodaje dr Wierzejska. W środkach masowego przekazu nie brak ostrzeżeń przed spożywaniem pewnych produktów z uwagi na akumulację w organizmie także innych metali ciężkich czy pestycydów. – Żywność w Polsce jest bezpieczna, ale to, jak komponujemy nasze posiłki, to zupełnie inna sprawa – podkreśla prof. Mojska, apelując, by nie tworzyć szkodliwych, nieprawdziwych mitów.

CO JEŚĆ? CO PIĆ?

Naukowo udowodniony wpływ na obniżenie ryzyka rozwoju nowotworów złośliwych mają: **warzywa niskoskrobiowe** (brokuły, sałata, ogórek, pomidory, kapusta, kalafior, papryka, rzepa, szparagi, szpinak, cykorja, seler naciowy, kapusta kiszona, cebula, czosnek, pietruszka, rzodkiewka, por) – rak jamy ustnej, gardła, krtani; **żywność zawierająca włókna roślinne, dieta bogata w wapń, czosnek** – rak jelita grubego (okrężnicy i odbytnicy); **owoce** – rak jamy ustnej, gardła, krtani, płuc; **kawa** – rak wątroby i macicy (endometrium).

CZEGO UNIKAĆ?

Udowodniony wpływ na wzrost ryzyka rozwoju nowotworów złośliwych mają: **mięso czerwone** (wieprzowina, wołowina, jagnięcina, baranina, cielęcina, koźlina, konina, dziczyzna) – rak jelita grubego (okrężnica i odbytnica); **mięso przetworzone** (poddawane wędzeniu, konserwowaniu, soleniu, peklowaniu, dojrzewaniu lub zawierające dodatek konserwantów) – rak jelita grubego (okrężnica i odbytnica), żołądek (bez wpustu); **sól, żywność solona i słona** – rak żołądka; **żywność zawierająca aflatoksyny** – rak wątroby; **maté** – rak przełyku (płaskonabłonkowy); **żywność o wysokim indeksie glikemicznym** – rak macicy (endometrium); **alkohol** – rak jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku (płaskonabłonkowy), żołądka, wątroby, jelita grubego (okrężnicy, odbytnicy), piersi (przed menopauzą i po menopauzie).

5 PORCJI WARZYW NISKOSKROBIOWYCH I OWOCÓW

W ostatnich latach zwiększyła się ilość dowodów naukowych potwierdzających rolę błonnika (włókna roślinnego) oraz warzyw i owoców w prewencji nowotworów złośliwych (zwłaszcza jelita grubego, jamy ustnej, gardła i płuca). Dieta bogata w błonnik oddziałuje na bakterie zamieszkujące jelito, a rozpuszczalny



FOTO: FOTOLIA.COM

błonnik pokarmowy wiąże w jelitach wtórne kwasy żółciowe należące do substancji rakotwórczych. Ponadto błonnik, wiążąc wodę, zwiększa objętość stolca i przyspiesza pasaż jelitowy, skracając czas kontaktu toksyn z błoną śluzową jelita grubego. Badania epidemiologiczne wykazały, że każda porcja warzyw i owoców spożyta w ciągu dnia zmniejsza o 5-8 proc. ryzyko przedwczesnego zgonu z powodu raka, udaru lub zawału. Najlepiej wybierać całe i w postaci surowej, spożywać je w każdym posiłku i przekąsce. Z punktu widzenia profilaktyki zdrowotnej warzywa i owoce mają tak istotne znaczenie, są bowiem źródłem m.in. potencjalnie antyrakotwórczych związków chroniących komórki przed starzeniem, naprawiają DNA, przeciwstawiają się powstawaniu stanów zapalnych. Mogą zatem nie tylko przyczyniać się do zahamowania, lecz także wręcz do odwrócenia procesu nowotworowego. – Nasz talerz powinien być różnorodny z przewagą produktów roślinnych. Każdego dnia należy spożywać co najmniej 5 porcji (400-600 g) różnokolorowych warzyw niskoskrobiowych i owoców – podkreśla mgr inż. Iwona Sajór z IŻŻ, przypominając o konieczności drastycznego ograniczenia spożycia cukrów prostych. Te ostatnie zawarte są m.in. w słodczykach, słodzonych napojach, miodzie.

Badania wskazują, że napoje wysokokowe są w różnym stopniu odpowiedzialne aż za siedem nowotworów. 45 g czystego etanolu to jednoznaczna granica, od której rośnie ryzyko ich wystąpienia na różne sposoby (np. stres oksydacyjny, uszkodzenie mechanizmów antyoksydacyjnych, uszkodzenie DNA i mechanizmów jego naprawy, ułatwianie wnikania karcynogenów do tkanek i komórek). Na baczności powinny mieć się przede wszystkim panie: w przypadku raka piersi nie ma bezpiecznej dawki alkoholu. Za to w ostatnich latach naukowcy w coraz większym stopniu zwracają uwagę na ochronny efekt spożywania kawy (również bezkofeinowej) w stosunku do niektórych nowotworów (zwłaszcza wątroby i trzonu macicy). Efekt ten jest szczególnie istotny przy picu 3-4 filiżanek kawy dziennie (1 filiżanka to ok. 150 ml). Przeciwrakowe właściwości, z uwagi na zawartość grupy flawonoli zwanych katechinami, ma również herbata, a specjaliści najczęściej polecają jej zieloną odmianę. Oprócz tego ważne jest także, w jakiej temperaturze spożywamy napoje i pokarmy: te bardzo gorące zwiększają ryzyko rozwoju nowotworów jamy ustnej, gardła i przełyku, ale to już zupełnie inny temat. ☺

Gdy nie chce się żyć

W Polsce liczba samobójstw jest większa zarówno od średniej w Unii Europejskiej jak i całego świata. Dlaczego? Czy jest szansa na zmianę?



Lidia
Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”



Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rocznie na świecie ponad 800 tysięcy ludzi odbiera sobie życie (11,4/100 tys. mieszkańców). Średnia dla UE to 11,67 (dane: EUROSTAT).

Gorsze statystyki notują m.in. Francja czy Belgia (15,4-17/100 tys.), źle się dzieje na Litwie (ponad 30/100 tys.). Na to, że w jednym państwie jest lepiej, a w innym gorzej, składa się wiele czynników, specyficznych dla danego kraju. – Nie tylko ekonomia się liczy. W Hiszpanii, na Cyprze czy Grecji notuje się mniej samobójstw, bo to społeczeństwa o rozbudowanych relacjach międzyludzkich, inaczej niż np. w chłodnej pod tym względem Finlandii – zauważa prof. Brunon Hołyst, prezes Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego.

Jak jest w Polsce? Główny Urząd Statystyczny notuje rocznie około 6 tysięcy zgonów z powodu samobójstwa (15-16/100 tys. mieszkańców).

To jednak dane niepełne, bo urząd rejestruje tylko informacje z kart zgonów, na których samobójstwo było bezpośrednią przyczyną śmierci. Mamy też dane Komendy Głównej Policji (zbliżone do tych zbieranych przez GUS), ale i one nie pokazują pełnego obrazu sytuacji.

Sprawozdawczość prób samobójczych jest jeszcze skromniejsza. GUS w ogóle ich nie rejestruje, a KGP notuje tylko te przypadki, gdzie wszczęto postępowanie (około czterech tysięcy rocznie), co jest kroplą w „morzu” zdarzeń. WHO szacuje, że próby samobójcze występują 10, a nawet 100 i więcej razy częściej (w zależności od grupy wiekowej) niż samobójstwa dokonane, więc ostrożnie licząc, w naszym kraju jest ich grubo ponad 60 tys. rocznie. – Prawie codziennie przyjmujemy na oddział nastolatków po próbie odebrania sobie życia. Zachowania samobójcze to ogromny problem, który od lat utrzymuje się na stałym, wysokim poziomie – mówi prof. Agnieszka Gmitrowicz, kierownik Kliniki

▲ **By zapobiec tragedii, potrzeba uwagi i empatii ze strony rodziny, przyjaciół, ale też lekarzy.**

Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi, przewodnicząca Sekcji Naukowej Suicydologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Dokładnie policzone i szczegółowo scharakteryzowane zachowania samobójcze to podstawa, by wdrożyć odpowiednie programy profilaktyczne. Bez tego działamy na oślep. – Trudno obwiniać GUS czy policję, że mają niepełne dane, bo mają ograniczone możliwości. Jest jednak potwierdzona wola współpracy. Od tego roku policja zmienia system gromadzenia danych na bardziej skorelowany z GUS-em. Potrzebna jest jeszcze lepsza sprawozdawczość do NFZ. Apeluję do lekarzy o rejestrację każdej śmierci i próby samobójczej, na co pozwalają obecnie stosowane kody ICD10 (X60-84). Docelowo powinniśmy jednak dążyć do stworzenia Krajowego Rejestru Zachowań Samobójczych – wyjaśnia prof. Gmitrowicz, która koordynuje działania grupy ds. rejestracji zachowań samobójczych w Zespole Roboczym ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego.

PROFIL OFIARY

Co już wiemy o polskich ofiarach samobójstw? Zdecydowana większość to mężczyźni w średnim wieku. Inaczej niż na świecie, gdzie statystyczna ofiara to osoba w podeszłym wieku. Dlaczego ludzie odbierają sobie życie? Z powodu zaburzeń psychicznych (najczęściej depresyjnych oraz lękowych, stresowych pourazowych, w przebiegu używania substancji psychoaktywnych), konfliktów rodzinnych, biedy, przewlekłej choroby somatycznej, kalectwa,

uzależnień (w tym behawioralnych), ale także samotności, zawodu miłosnego, niepożądaną ciążę czy innych traumatycznych sytuacji, np. utraty kogoś bliskiego, doświadczania mobbingu, przemocy, nagłej utraty pracy. Nie ma uniwersalnej skali rangi problemów, które popychają do samobójstwa. Dla jednej osoby może to być śmierć członka rodziny, dla innej – psa, który mógł być jedynym towarzyszem tego człowieka.

Znacząco wzrasta też fala samobójstw wśród nastolatków. W przypadku tak młodych ludzi powodem może być wszystko, choćby poniżający sms. – Jeden z moich pacjentów najadł się trujących grzybów, bo go usunęli ze szkoły za wypalenie jointa. Nie wolno lekceważyć nawet najbłahszych powodów, bo dla nich to sprawa życia i śmierci. W grupie ryzyka są też konkretne zawody, w tym lekarze. Działamy w obszarze pomagania, często sami doświadczamy frustracji, co w zderzeniu z nadmiarem obowiązków, przewlekłym stresem, niepowodzeniami z powodu ograniczeń medycyny prowadzi do wypalenia zawodowego, a w konsekwencji może skutkować samobójstwem – wyjaśnia prof. Gmitrowicz. W raporcie z 2012 r. autorstwa Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji NIL i IFiS PAN wyraźnie czytamy, że najbardziej powszechnymi problemami w pracy lekarzy są warunki rozwoju zawodowego, agresja w miejscu pracy i właśnie wypalenie zawodowe. – Nie wiadomo, jak wielu lekarzy w naszym

800 tys.

Tyłu ludzi na świecie co roku popełnia samobójstwo (dane: WHO).

kraju dotyczy problem samobójstw, bo dotychczas nikt nie badał tego zjawiska, ale problem istnieje – potwierdza prof. Hołyst.

ZDĄŻYĆ NA CZAS

By zapobiec tragedii, potrzeba uwagi i empatii ze strony rodziny, przyjaciół, ale też lekarzy. – Znamienne, że ok. 40 proc. ofiar samobójstw w ciągu miesiąca poprzedzającego zamach na własne życie odwiedziło swojego lekarza. Niestety wizyta nie zapobiegła tragedii. Lekarze mają wpływ na zmniejszenie skali samobójstw. Musimy być uważni. Umieć rozpoznać problem i wiedzieć, jak mu zapobiec – apeluje prof. Gmitrowicz. Jeśli ktoś skarży się na ciężkie warunki życia czy inne problemy, pozornie dalekie od zdrowotnych, to nie można tego zlekceważyć. On w ten sposób komunikuje, że jest mu źle i oczekuje wsparcia psychicznego.

Co jeszcze powinno wzbudzić uwagę? – Gdy ktoś mówi, że mu smutno, nie ma energii, nic go nie cieszy, nie wykazuje chęci podjęcia leczenia, to jest to sygnał ostrzegawczy. Jeśli podejrzewamy kryzys samobójczy, nie wahajmy się zadawać pytań bezpośrednich o myśli samobójcze – radzi prof. Gmitrowicz. WHO opublikowała poradnik dla lekarzy, opisujący jak rozmawiać z pacjentem. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne przetłumaczyło go na język polski. Jest dostępny na stronie internetowej tej organizacji.

Czy lekarz rodzinny może sam leczyć z zachowań samobójczych?

– Musi ocenić, czy jest do tego odpowiednio przygotowany. Wiele zależy od stanu pacjenta. Czasem można go skierować bezpośrednio do PZP lub ośrodka interwencji kryzysowej. Natomiast w sytuacji kryzysu samobójczego, czyli gdy pacjent potwierdza, że chce się zabić, trzeba po prostu wezwać pogotowie. Najgorsze, co możemy zrobić, to trywializować problem i powiedzieć, żeby ktoś wziął się w garść – odpowiada suicydolog prof. Gmitrowicz.

W Polsce nadal nie mamy Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom. – Być może rozpisane teraz przez MZ konkursy wprowadzą ważne strategie w zakresie profilaktyki samobójstw. Choć przeznaczono na ten cel niewielkie środki, to przynajmniej zauważono problem – mówi prezes PTS. Niezbędna jest też właściwa realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, którego poprzednia edycja została ostro skrytykowana przez Najwyższą Izbę Kontroli, a kolejna – jest nadal w opracowaniu, choć już dawno powinna obowiązywać. Potrzeba też dużej, ogólnopolskiej kampanii medialnej, informującej, że istnieją telefony zaufania, ośrodki interwencji kryzysowej czy pomoc online (np. www.samobojstwo.pl), gdzie można się zwrócić po pomoc, oraz wyczerpanie społeczeństwa na problem zjawiska samobójstw. Żeby żaden człowiek nie był sam ze swoimi depresyjnymi, popychającym do śmierci myślami. ○

GL PATRONAT



22. Międzynarodowy Kongres
Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia
Innowacyjna Ochrona Zdrowia

4-5 kwietnia 2017

KATOWICE | MIĘDZYNARODOWE CENTRUM KONGRESOWE

REJESTRACJA
WWW.OSOZ.PL/FORUM2017

Nie panaceum, ale solidna wiedza



Romuald
Krajewski

Ośrodek
ds. Wytycznych
w Praktyce
Medycznej NIL

Wytyczne postępowania w praktyce lekarzy i lekarzy dentyistów, opracowane zgodnie z naukową metodologią, z zapewnieniem przejrzystości i oparte na wynikach wysokiej jakości badań, stanowią dobre i przystępne podsumowanie wiedzy medycznej o problemie, którego dotyczą.

Ponieważ działania lekarzy, w odróżnieniu od działań uzdrowicieli, pocieszycieli i czarowników, muszą mieć oparcie w zweryfikowanej wiedzy nauk medycznych, podstawowe znaczenie aktualnej wiedzy w zawodzie lekarza i lekarza dentyisty jest podkreślane zarówno w zasadach etyki lekarskiej, jak i w przepisach prawa. Wydawałoby się więc, że akceptacja i stosowanie wytycznych powinny być powszechną praktyką.

Tak jednak nie jest i rola wytycznych w praktyce lekarskiej jest związana z wieloma nieporozumieniami. Powinniśmy starać się je wyjaśniać, gdyż trudności we wprowadzaniu standardów do praktyki powodują u zarządzających tendencję do podejścia nakazowego, np. określającego zasady postępowania medycznego w formie przepisów prawa. W efekcie bardzo ważny aspekt niezbędnej w wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentyisty autonomii zawodowej staje się przedmiotem zarządzania i kontroli. Utrudnia to właściwe zrozumienie miejsca standardów wśród licznych zasad wykonywania zawodu.

W odniesieniu do praktyki lekarskiej obecnie raczej nie używa się terminu „standardy”, lecz mówi się o wytycznych, które mogą mieć różną siłę zaleceń, zależną od jakości danych naukowych będących podstawą ich sformułowania. Jeżeli posiadają wysoki poziom wsparcia w wynikach badań naukowych, powinny być stosowane w większości sytuacji, do których się odnoszą. Jednak w praktyce zdarzają się też rzadsze sytuacje, w których postępowanie zgodne z wytycznymi byłoby niewłaściwe. Od lekarzy oczekuje się, że będą wiedzieli, jakie postępowanie jest zgodne z aktualnym stanem wiedzy i najprawdopodobniej najlepsze dla pacjenta, ale będą też umieli rozpoznać sytuacje nietypowe i dostosować swoje działania do potrzeb pacjenta oraz uzasadnić, dlaczego wybrali takie, a nie inne postępowanie. Umiejętność podejmowania decyzji w skomplikowanych sytuacjach jest podstawą prawidłowego wykonywania naszego trudnego zawodu.

W środowiskach lekarskich w Polsce i w innych krajach często słyszy się opinie mówiące, że wytyczne chronią lekarzy przed zarzutami i roszczeniami oraz opinie wręcz przeciwnie, że wytyczne stwarzają

podstawę do stawiania zarzutów. Obie opinie są częściowo prawdziwe. Lekarze znacznie częściej ponoszą odpowiedzialność za nie stosowanie się do wytycznych, ponieważ przedstawiają one aktualną wiedzę medyczną i postępowanie zgodne z nimi będzie dla większości chorych najlepsze. Jednak jeżeli sytuacja pacjenta wymagała odmiennego działania, mogą także odpowiadać za postępowanie zgodne z wytycznymi.

Kolejnym nieporozumieniem jest twierdzenie, że wytyczne są tworzone w celu kontrolowania lekarzy. Rzeczywiście, takie wykorzystanie wytycznych może się pojawić, jeżeli stają się one przepisami prawa czy administracyjnymi zarządzeniami. Najczęściej, poprzez ustalanie i promowanie najlepszych aktualnie dla większości pacjentów praktyk, służą one przede wszystkim pacjentom oraz lekarzom. W licznych działaniach lekarskich mają ograniczony zakres. Przykładem są złożone zabiegi chirurgiczne, w których najczęściej tylko wskazania i względnie proste elementy zabiegu mogą być określone na podstawie wyników badań, ale całe działanie jest zdecydowanie zbyt złożone, aby

można było je ująć w ramy wytycznych. Coraz częstszym powodem konieczności indywidualnego dostosowania postępowania są oczekiwania pacjentów i niektóre wytyczne uwzględniają alternatywne postępowanie, zależne od preferencji pacjentów.

Jeszcze jeden problem wynika ze stałego, szybkiego postępu nauk medycznych i bardzo szybkiego wprowadzania nowych, tylko częściowo jeszcze sprawdzonych metod. Innowacje są potrzebne i powinny być stosowane, ponieważ stwarzają szansę na poprawę wyników, dają możliwość leczenia tam, gdzie standardowe metody nie zadziałały albo nowa metoda wydaje się lepsza. Jednak duża część innowacji z czasem okazuje się znacznie mniej skuteczna, a niektóre wiążą się z nieznanymi początkowo problemami. Zmiany wiedzy medycznej wymagają więc stałego i częstego aktualizowania wytycznych, ale nie umniejszają ich wartości. Część nowych technologii i leków znajduje się w aktualizowanych wytycznych. W praktyce decyzja o zastosowaniu nowej metody albo standardowego postępowania albo jakiejś kombinacji metod zależy od oceny sytuacji pacjenta przez lekarza. O ile sposoby postępowania opisane w wytycznych mają bardzo dobre uzasadnienie i sprawdzone bezpieczeństwo, są pewniejsze, zastosowanie innowacji zwykle jest związane z większą niepewnością i lekarz będzie musiał w przypadku zarzutów lub roszczeń wykazać na podstawie uznanych źródeł wiedzy medycznej, że podjął działanie korzystne dla chorego.

Zwolennicy modelu praktyki medycznej opartej na indywidualnym doświadczeniu często podkreślają, że medycyna jest sztuką i lekarze muszą mieć całkowitą swobodę w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Stwierdzenie to jest słuszne jako ogólna zasada, ale zbyt często swoboda bywa tu rozumiana jako arbitralna dowolność. Podejście takie ma w medycynie długą

PRZY OGROMNYM POSTĘPIE NAUK MEDYCZNYCH PRAKTYKA LEKARSKA NADAL JEST SZTUKĄ. NIE JEST TO JEDNAK SZTUKA PODOBNA DO ARTYSTYCZNEJ WOLNOŚCI, LECZ ZNACZNIE TRUDNIEJSZA SZTUKA STOSOWANIA WYNIKÓW BADAŃ NAUKOWYCH W INDYWIDUALNEJ SYTUACJI PACJENTA.

tradycję i nie uwzględnia coraz lepiej poznawanych ograniczeń, którym każdy człowiek i lekarz podlega. Wynikają one z zawodności pamięci, motywowanego i życzeniowego myślenia, wyolbrzymiania znaczenia pojedynczych zdarzeń, przeceniania znaczenia autorytetu itp. Efektem są bardzo duże różnice w częstości wykonywania procedur, zużyciu środków, nieuzasadnione różnicowanie wyników leczenia i bezpieczeństwa pacjentów, często przytaczane jako silny argument za podejmowaniem ogólnych, nakazowych działań standaryzacyjnych.

Przy ogromnym postępie nauk medycznych praktyka lekarska nadal jest sztuką. Nie jest to jednak sztuka podobna do artystycznej wolności, lecz znacznie trudniejsza sztuka stosowania wyników badań naukowych w indywidualnej sytuacji pacjenta. Prawidłowo sporządzone wytyczne stanowią dobre podsumowania aktualnej wiedzy medycznej. Ogarńnięcie źródeł tej wiedzy i ocena ich wartości są już poza zasięgiem indywidualnych lekarzy. W odniesieniu do większości problemów, z którymi na co dzień mamy do czynienia, konieczne jest opieranie się na syntetycznych opracowaniach. Wytyczne są tworzone przez ekspertów na podstawie bardzo rozległego, trudnego do zgromadzenia i interpretacji materiału z badań naukowych. Ich dostępność, znajomość i wykorzystanie bardzo ułatwiają lekarzom podejmowanie w praktyce decyzji najlepszych dla pacjenta.

Część lekarzy uważa, że wytyczne stanowią dobre podsumowanie, ale i uproszczenie wiedzy medycznej. Zwłaszcza dla osób praktykujących

w ośrodkach rozwijających nauki medyczne i wdrażających nowe metody oraz dla pracujących w bardzo wyspecjalizowanych, wąskich dziedzinach czas potrzebny na uzyskanie wystarczająco dużej i solidnej wiedzy niezbędnej do opracowania wytycznych plus czas na samo ich opracowanie i opublikowanie może być zbyt długi. Dla większości zwarte podsumowanie w formie wytycznych jest jednak najlepszym, najłatwiej dostępnym źródłem wiedzy medycznej.

Wytyczne nie stanowią jedynej podstawy wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty. Nie są też nakazami ani nie zwalniają z obowiązku oceny sytuacji każdego pacjenta. Stanowią bardzo dobre wsparcie w podejmowaniu decyzji w praktyce lekarskiej i umożliwiają osiąganie najlepszych wyników z zachowaniem możliwie najwyższego bezpieczeństwa pacjentów.

W ogromnej liczbie publikowanych wytycznych i zaleceń zdarzają się i takie, których jakość jest niezadowalająca. Ocena jakości też wymaga fachowej, eksperckiej wiedzy. Dlatego w Naczelnej Izbie Lekarskiej tworzymy ośrodek, który będzie zajmował się gromadzeniem i oceną polskich wytycznych, będzie promował ich tworzenie oraz wykorzystywanie i będzie publikował na portalu NIL wytyczne spełniające wymagania jakościowe. Ustalanie zasad postępowania w praktyce lekarskiej powinno należeć do lekarzy i być jednym z przejawów odpowiedzialnej autonomii naszego środowiska. 

FAKT

Ustalanie zasad postępowania w praktyce lekarskiej powinno należeć do lekarzy i być jednym z przejawów odpowiedzialnej autonomii naszego środowiska.

Koniec tajemnicy lekarskiej?

GL
LISTY

W nawiązaniu do dyskusji dotyczącej tajemnicy lekarskiej [„Początek końca tajemnicy lekarskiej”, „GL” nr 12/2016-01/2017] chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze inny aspekt sprawy – tj. nasilającą się od kilkunastu lat tendencję wymiaru sprawiedliwości do traktowania tajemnicy lekarskiej z dużą dezynwolturą, czyniącą z tajemnicy lekarskiej tylko czczą deklarację nieprzestrzeganej zasady.

✉ **RYSZARD MACIEJEWSKI**, Kierownik Całodobowego Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej Nr 14 Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu

Coraz częściej dostajemy z prokuratur i sądów żądania wydania dokumentacji medycznej zarówno ambulatoryjnej, jak i szpitalnej. Bardzo często kserokopie tej dokumentacji dołączone są do akt sprawy (z wywiadami, interpretacjami psychologicznymi włącznie).

Próby przeciwdziałania takim praktykom spotykają się z całkowitym niezrozumieniem i demonstracją siły organu sprawiedliwości. Nadmieniam, że moje zastrzeżenia nie dotyczą spraw dotyczących prawidłowości postępowania lekarskiego, ewentualnych odszkodowań itp. – gdzie analiza dokumentacji medycznej jest podstawowym dowodem w sprawie. Na dowód przesyłam kserokopię żądania przesłania dokumentacji psychiatrycznej w sprawie rozwodowej [dokument do wiadomości redakcji]. Dołączam też kopię pisma przewodniego do przesyłanej dokumentacji szpitalnej [dokument do wiadomości redakcji], w którym staram się uwrażliwić Sąd na problem tajemnicy lekarskiej i właściwego dostępu do tych materiałów.

Sprawa jest dla mnie bulwersująca z kilku powodów:

1. Jak wspomniałem, dotyczy to sprawy rozwodowej – a więc do tych potencjalnie wrażliwych danych będzie miała dostęp druga skonfliktowana strona, co może wykorzystywać do deprecjacji pacjenta.

Poza wszystkim jest to niespójność prawa, które w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego poświęca kilka artykułów ochronie tajemnicy lekarskiej, a w art. 51 pisze wprost, że w dokumentacji dotyczącej badań i przebiegu leczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi nie utrzuwa się oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu

zabronionego pod groźbą kary. Chroni się więc interes osoby nawet zagrożoną karą, a tu dopuszcza się całkowite odwołanie z tajemnicy osoby w postępowaniu cywilnym.

2. Sąd nakazuje przesłanie dokumentacji, wydając bezdyskusyjne zarządzenie (nawet bez postanowienia o zwolnieniu z tajemnicy lekarskiej i bez uzasadnienia) i to od razu obwarowane groźbą grzywny wobec lekarza.

Czy dla „Gazety Lekarskiej” nie jest bulwersująca zmiana obyczajów w stosunkach między kiedyś traktujących się z atencją profesjach?

Ciekawe, że żadnemu sędziemu czy prokuratorowi nie przyjdzie na myśl, żeby stosować takie zasady wobec tajemnicy adwokackiej czy duchownej.

Jestem lekarzem z ponad czterdziestoletnim stażem zawodowym i z bólem muszę stwierdzić, że za najcięższej komuny, nawet w stanie wojennym, wymiar sprawiedliwości nie pozwalał sobie na takie postępowanie tajemnicy lekarskiej, jak to ma miejsce obecnie od kilku lat.

Może, nawiązując do tytułu artykułu, powinniśmy opuścić już słowo „początek” i ogłosić po prostu koniec tajemnicy lekarskiej i uprzedzać pacjentów, że obojętne, z czego nie zwierzą się swojemu lekarzowi, to może to być wykorzystane przeciwko nim i to nieraz po kilkudziesięciu latach? A lekarzy należy szkolić, ażeby w dokumentacji medycznej nie umieszczali żadnych informacji, które kiedykolwiek mogłyby być wykorzystane przeciwko ich pacjentom (np. ciąża, aborcje, wywiady rodzinne, przebyte choroby, poczucia winy itp. Przeżycia, mogące być przyczyną ewentualnych załamań psychicznych).

Oczywiście propozycje te składam z sarkazmem, ale nie wiem, czy rzeczywistość go nie przerosła. ☹



^ Numer
12/2016-01/2017
„Gazety Lekarskiej”



Pani Profesor Izabela Płaneta-Małecka — moja Szefowa

W grudniu odeszła od nas na zawsze. Po 28 latach wspólnej pracy, nieustannie towarzyszy mi poczucie, że jednym z najważniejszych moich celów jest kontynuacja rozwoju Jej dzieła – Kliniki Gastroenterologii Dzieci.

ELŻBIETA CZKWIANIANC

W rozwój tej dziedziny Izabela Płaneta-Małecka włożyła wszystkie swoje umiejętności, talenty organizacyjne i pasję naukową. Początki łódzkiej (a po części i polskiej) gastroenterologii dziecięcej nierozzerwalnie wiążą się z działalnością naukową, zawodową, dydaktyczną i społeczną prof. dr hab. med. Izabeli Płanety-Małeckiej, kierownika Kliniki Pediatrii i Gastroenterologii w ICZMP.

Urodzona we Lwowie, w obliczu zmian geopolitycznych powojennej Europy, przeniosła się do Polski, by trafić do Ziemi Łódzkiej, gdzie ukończyła Akademię Medyczną. Jeszcze w czasie studiów pracowała w Zakładzie Farmacji, potem w oddziale chorób zakaźnych, a w latach 1960-1975 była adiunktem w Klinice Chorób Dzieci Instytutu Pediatrii. Tam pozostawiła swoją fascynację i dorobek dotyczący chorób przewodu pokarmowego, które stały się dobrym zaczątkiem do rozwoju gastroenterologii. Wówczas ujawniła talenty organizatorskie, otwierając w 1969 r. pierwszą w kraju specjalistyczną poradnię gastroenterologiczną dla dzieci i młodzieży. W tym okresie dr n. med. Izabela Płaneta-Małecka w kooperacji z rzemieślnikiem skonstruowała przyrząd do biopsji żołądka, pozytywnie oceniony przez Uczelnianą Komisję ds. wynalazczości.

Była naszą mentorką, okazując wsparcie i motywując do nieustannego samokształcenia i rozwoju. Była wielkim autorytetem w środowisku medycznym i wzorem do naśladowania dla młodego pokolenia lekarzy.

W 1979 r. uzyskała stopień dr. hab. nauk medycznych. Była twórcą i realizatorem koncepcji wieloogniskowej opieki nad dzieckiem przewlekle chorym (klinika – poradnia – obóz zdrowotny). W ramach tej działalności przez ponad 20 lat współorganizowała obozy zdrowotne o profilu diabetologicznym i gastrologicznym. Była także współorganizatorem dwóch sanatoriów dla dzieci z cukrzycą, w Rabce i Kołobrzegu. Nie zabrakło energii Pani Profesor na walkę o pokój, demokrację i o prawa kobiet. Była honorowym uczestnikiem Światowego Zgromadzenia o Pokój i Życie Przeciwko Wojnie Nuklearnej w Pradze, w 1983 r. uczestniczyła w uroczystej sesji ONZ poświęconej solidarności z międzynarodowym dniem walki kobiet Południowej Afryki i Namibii z apartheidem (Nowy Jork, 1984), była także członkiem delegacji rządowej na „Forum 85” w Nairobi poświęconej ocenie Dekady Kobiet ONZ (Kenia, 1985). W rządzie Mieczysława F. Rakowskiego sprawowała urząd ministra zdrowia.

Klinika Pediatrii i Gastroenterologii ICZMP, którą kierowała prof. I. Płaneta-Małecka do 2006 r., powstała na bazie oddziału dziecięcego Szpitala Chorób Płuc w Łodzi, stając się w 1983 r. II Kliniką Chorób Dzieci Katedry Pediatrii WAM. Mimo peryferyjnego położenia, braku wielu urządzeń i aparatury (lata osiemdziesiąte) postępowanie diagnostyczne było niezwykle spe-

cialistyczne, obejmowało już wtedy endoskopię (stworzyła pierwszą pracownię endoskopii przewodu pokarmowego dla dzieci w Łodzi), diagnostykę USG, tomografię komputerową czy scyntyografię. W 1989 r. Klinika została przeniesiona do nowo wybudowanego Szpitala-Pomnika Centrum Zdrowia Matki Polki, z którego utworzeniem i realizacją, a następnie rozwojem prof. Izabela Płaneta-Małecka była związana od momentu powstania idei jego budowy.

Była realizatorką wielu projektów naukowo-badawczych, autorką i współautorką ponad 600 publikacji naukowych. Była promotorem ponad 40 prac doktorskich i opiekunem 4 prac habilitacyjnych.

Jej działalność została uhonorowana licznymi (18) odznaczeniami, m.in. Krzyżem Kawalerskim i Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski.

Była naszą mentorką, okazując wsparcie i motywując do nieustannego samokształcenia i rozwoju. Była wielkim autorytetem w środowisku medycznym i wzorem do naśladowania dla młodego pokolenia lekarzy. Zawsze miała poczucie humoru, lubiła książki, poezję, teatr, muzykę, taniec. Zawsze uśmiechnięta i skora do pomocy, była niezwykle kochana przez małych pacjentów. Mieliśmy zaszczyt być Jej uczniami, a teraz bardzo nam Jej brakuje. ☹

Akuszerka



Maciej
Krzanowski

Dr n.med.,
kardiolog

Mój przyjaciel J.Z., drążąc genealogię swej rodziny, znalazł w Bibliotece Jagiellońskiej [Rkp. BJ 5001/IV-5 k 1006 i 1007] teksty, które mogą być interesujące dla dyskutantów o pożądanym dziś rynku zdrowia w Polsce.

Rzecz dotyczy jednego z najważniejszych działów medycyny, pomocy rodzącym kobietom, i dzieje się we wsi Powroźnik, w społeczności zarządzanej wtedy przez wójta, dziś będącej częścią Muszyny. I w ogóle w „państwie kameralnym muszyńskim”.

„Ponieważ w Gromadzie naszej wsi Powroźniku kobieta do odbierania dzieci rodzących się, która do tąd Gromadzie służyła, już osłabiała, y przez starość swoją sądzi się być niezdolną do takowych usług. Że zaś Gromada bez takowej Kobiety obejść się nie może, ani takowej innej we wsi wynaleźć ani dobrać nie mogła, Przeto mając już kilkakrotne doświadczenie z Anny Warka Pańczaka Żony, iż takowe usługi doskonale wypełniała; Na takowym tedy fundamencie, Urząd Woytowski Gromadzki Powroźnicki przy obecności Całej Gromady, pomienioną Annę Warka Pańczaka Żonę, do takowej usługi przypuszcza y przyimnie. Z tą jednak kondycją, aby ta nie tylko do bogatszych ale y nayuboższych z pierwszym daniem znaku, czyli we dnie czyli w nocy, chociażby na jakim czasie iść, y posłużyć nie wzbraniała się, y wszelkiedy ostrożności, wierności, y akuratności podczas wykonywania takowych usług przykładała. Zapłaty zaś za takowe usługi takowej dopominać się ma, jako do tąd była praktykowana, y podług proporcji wykonanej usługi; W wykonywaniu zaś doskonalszym takowej

usługi, y je czego Boże broń w takowym razie, jakowego zdarzyć się mogącego kazusu jako też informacji względem Chrztu ma się udać do JW. Plebana Powroźnickiego, po którego podpisaniu się, odsyła się z tym Pismem do Prefektury Państwa Muszyńskiego, do powzięcia dalszej Informacji. Które to uwiadomienie Gromadzie przeczytawszy, Dla tym lepszej Wagi y Waleru Urząd Woytowski Gromadzki Przewoźnicki nieumiejąc Pisma Znakiem Krzyża podpisuje się.

Działo się w Urzędzie Woytowskim Gromadzkim Powroźnickim ią 12. Mar. 797

+ *Lazar Galik Woyt Powroźnika*

+ *Jan Triszczy to Przysięgły*

+ *Łukaszcz Triszczyto*

+ *Tomasz Polański Sołtys*

+ *Jurko Krzysztofik Sqsiađ.*

+ *Jacko Susidko*

Całej Gromady Imieniem.”

I następny, jest nim „kuręda”, list polecony do odczytania z ambon kościołów w „państwie Kameralnym Muszyńskim”:

Rkp. BJ 5001/IV-5, k. 1007

Kuręda

Do niż. wyrażonych WJXięży Plebanów i Kooperatorów w Państwie Kameralnym Muszyńskim.

Wysokie Rządy Krajowe... 12-go sierpnia r.b.: 29710 rozporządzić raczyli, ażeby żadna Kobieta we wsiach nie ważyła się przy położnicach miejsce akuszerki zastępować, dopóki we

Lwowie Kursu Akuszerstwa, chociaż przez puł* Roku słuchać niebędzie, i Dyplom wolney praxi nieodbierze; ponieważ tylko z powodu tych nierozumnych Kobiet wiele nieszczęśliwych położów codziennie prawie doświadczenie uczy.

Dla prędszego i lżeyszego wykonania tak dobroczynnego pospolitego zarządzenia Rząd Krayowy dla każdej, która by chęć miała kurs akuszerstwa we Lwowie słuchać, 50 zł ryńskich Stipendium wyznacza, iednakowosz takowa Kobieta niepowinna nad 30 lat stara byđż i przynajmniej dobrze czytać, i cokolwiek pisać umieć – po wysłuchaniu Kursu i otrzymaniu Dyploma takowa osoba zawsze o otrzymanie służby Kameralney, lub innej miejskiej, akuszerki, konkurować może. Więc gdy wyraźny wysoki nakaz opiewa, aby takowe powszechne zarządzenie przez WJXięży Plebanów z ambon pospulstwu publikowane było. Gruntowa Zwierzchność C.K. Prefektura nieomieszkuie zatym przez Kurędy do wypełnienia oznaymić.

Z C.K. Kray. Prefektury Kameralney Muszyńskiey

dnia 2-go października 1815

Tylicz R.G. (tu następuje kilkanaście nieczytelnych podpisów)

Verlatus

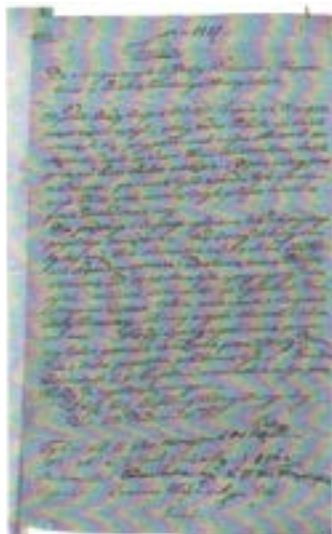
Była 1815 ta Kurrenda w Izbach

czytana 10 Października

(tu następuje kilka nieczytelnych podpisów)

na zad do Kancelaryi.

* Zachowano pisownię i znaki oryginalu.



◀ Skany tekstów
znajdujących się
w Bibliotece
Jagiellońskiej

Ciekawe, że do bycia rajcą w tamtym czasie nie była konieczną umiejętności „przynajmniej dobrego czytania i cokolwiek pisania”, a do bycia akuszerką była.

Kobiety, od zarania dziejów, pomagały sobie przy porodzie. Ale robiły to w różnym stopniu jakości, w zależności od nabytej wiedzy. Świadczenia doświadczonych położnych spisał w roku 100 n.e. Grek Soranus. Jego dzieło uchodzi za podstawowe źródło z zakresu starożytnej ginekologii. Pod koniec XI stulecia dużą popularnością cieszyła się szkoła medyczna w Salerno,

w której mogły się uczyć kobiety. Ale nie odnotowano na terenie Galicji, poza Lwowem, przez cały XVII i XVIII w. ani jednej akuszerki (Szumowski). Nie mniej z opóźnieniem, nadrabiali przodkowie zapóźnienia, Księżna Anna z Sapiechów Jabłonowska (1728-1800) założyła w Siemiatyczach szkołę dla położnych, gdzie kobiety przechodziły 3-4-miesięczny kurs, aby zapewnić wykwalifikowaną pomoc akuszerzyńską jak największej liczbie rodzących. Powszechna, fachowa pomoc rodzącym nastąpiła w dawnej Polsce stosunkowo póź-

no, szczególnie w porównaniu z innymi działami medycyny. Urszula z Zamoyskich Mniszchowa wprowadziła w Księstwie warszawskim szczepienia przeciw ospie (1807-1815) już w kilkanaście lat po odkryciu Jennera.

Zasługuje natomiast na podkreślenie troska tych niepiśmiennych rajców, aby jak najszybciej zapłacić ubytek kobiety (choć może tylko „babki”) niebędącej już w stanie rodzącym pomagać. Nie słyszeli o zasadzie pomocniczości, a zgodnie z nią działali. Dowód, że nie jest wymysłem socjologów, a naturalnym rezultatem „chłopskiego rozumu”. Na pochwałę zasługuje też troska, żeby wysokość kosztów pomocy położniczej nie stanowiła przeszkody w korzystaniu z niej przez kobiety niezamożne. I też to, że „Rząd krayowy” we Lwowie podjął działania, aby:

1) w żadnej wsi nie świadczyły pomocy położniczej kobiety bez stosownych studiów, 2) kształcenie w akuszerstwie odbywało się na koszt społeczny. Co już nie jest tak oczywiste dzisiaj. Wymaga się od lekarzy i pielęgniarek uczestnictwa w zjazdach naukowych, poddawania się szkoleniom koniecznym dla uzyskania socjalizacji i za to kształtujący się muszą płacić sami. Nie uzyskują żadnego „stypendium”... ○



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
www.fll.nil.org.pl

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

Dr Jekyll i Mr Hyde



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra

Ratunku! – wołał w słuchawce telefonu pewien mój znajomy, którego ślepy los ubrał w szaty menadżera ochrony czy już właściwie, znowu, służby zdrowia. Zdesperowany prezes oferował tak zwane „każde pieniądze” śmiałkowi, który zgodzi się przyjechać na sobotni dyżur specjalisty w deficytowej specjalności.

Trochę telefonicznie ponarzekaliśmy – że praca coraz cięższa, że doktorzy coraz starsi, a ci młodszy nie chcą pracować za takie pieniądze, za jakie ci starsi pracują. No i że Prezes mało płaci, bo więcej nie może, ale jak nóż na gardle – to może więcej i to w zasadzie każdemu, nawet rezydentowi. Ale nikt nie chce.

Obiecałam, że nie zdradzę, ile wynoszą „każde pieniądze”, a z sympatii i przez wzgląd na łączące nas wspomnienia, nie wydam, który Prezes chciał zrujnować swój weekendowy kapitał, napychając kiesę chciwego łapiducha. Było piątkowe przedpołudnie... Za późno na pomoc. I wcale nie dlatego, że odległość nie pozwalała na dotarcie, w ciągu niespełna doby, do gościnnych progów placówki zarządzanej przez zaprzyjaźnionego Prezesa. I nawet nie dlatego, że lekarska pazerność przekroczyła

granice prezesowskiej wyobraźni – Prezes z wykształcenia i zamiłowania będący humanistą wyobraźnię ma, gwarantuję Wam, nieprzeciętną. Nawet też nie dlatego, że Prezes ma węża w kieszeni, bo tym razem wydawał się być nadzwyczaj szczodry (przez chwilę miałam nawet wrażenie, że gdyby mógł, oddałby potencjalnemu lekarzowi dyżurnemu nie tylko pieniądze, ale przysłowiowe pół królestwa i rękę córki, gdyby miał córkę oczywiście). Zresztą jest to o tyle nieistotne, że taka sytuacja mogła się zdarzyć wszędzie – w każdym szpitalu, każdemu prezesowi... I zdarzy się prawie na pewno, bo na pomoc jest już za późno od wielu lat – lekarzy jest za mało, a im dalej od stołecznej ulicy Miodowej, tym ten brak jest bardziej dotkliwy.

Nadwiślańskim złotym standardem w łataniu braków stało się więc samozatrudnienie lekarzy – takie kadrowe GMO – choć to właściwie nie

ETATOWCY

są jak dinozaury, w zasadzie skazani na wymarcie.

modyfikacja, a aberracja. Praca wielu oddziałów i poradni opiera się na wątej symbiozie dwóch lekarskich gatunków, upchniętych w jednym ekosystemie szpitala – lekarzy pracujących w ramach umowy o pracę i tych, zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych.

„Etatowcy” są jak dinozaury, w zasadzie skazani na wymarcie. Raczej 50+, raczej kobiety, raczej pracujące w tym samym miejscu dłużej niż 10 lat. Z roku na rok coraz bardziej wtapiają się w szpitalny krajobraz, jak warszawski Pałac Kultury w panoramę stolicy – niezbyt piękny, niezbyt chwalebny, ale wciąż przydatny symbol minionej epoki. Występują w kilkusobowych stadach – pojedynczy przedstawiciel gatunku ma niewielkie szanse na przetrwanie. Są dość pożyteczne – chętnie przyjmują na siebie rolę lekarza prowadzącego, wierzą w etos zawodu i w Kodeks Etyki Lekarskiej. Przyjdą do pracy wcześniej, zostaną nieco dłużej. Zamartwiają się po nocach nieobsadzonym dyżurem, przy kolacji w domu myślą z trwogą o niezleczonych – w zapomnieniu – badaniach. Łatwo je rozpoznać po piętrzącej się na lekarskim biurku stercie, wciąż

**NADWIŚLAŃSKIM ZŁOTYM STANDARDEM W ŁATANIU
BRAKÓW STAŁO SIĘ WIĘC SAMOZATRUDNIENIE LEKARZY
– TAKIE KADROWE GMO – CHOĆ TO WŁAŚCIWIE NIE
MODYFIKACJA, A ABERRACJA.**



niedokończonej, dokumentacji. Przygotują wypis, założą kartę drobnoustroju alarmowego, zgłoszą zażalenie szpitalne, wypiszą receptę, zaświadczenie, druk i opinię, o którą poprosi pacjent lub urzędnik. Odporne na niekorzystne wpływy środowiska, długowieczne, niechętnie odchodzą na emeryturę.

Ci drudzy są młodzi, szybcy i wściekli – na system, który zmusza ich do pracy ponad siły i na kolegów, którzy wciąż wierzą w to, że da się pracować mniej i łatwiej. Nie zawracają sobie głowy samorządem, związkami zawodowymi – liczą tylko na siebie. Nie mają złudzeń, ale też nie mają skrupułów – wybierają ze szpitalnego kociołka tylko lepsze kąski, a szpitalną biurokracją nie zawracają sobie głowy w ogóle. W zamian oferują swoje zdobywane z dyżuru na dyżur coraz większe doświadczenie – towar wart tyle, ile ktoś za niego zapłaci – bez zbędnego patosu i bajania o lekarskim powołaniu. Są gotowi pracować w wielu miejscach i niemal nieprzerwanie. Są cenni i cenieni – nie obowiązują ich ograniczenia czasu pracy, nie mają urlopów, nie trzeba im zapewniać odzieży roboczej – pracodaw-

cy to kochają. Jeżdżą szybko, giną młodo, nierzadko na posterunku. Ich atrybutem jest torba – walizka na kółkach z dobytkiem lekarskiego nomady. Gdzieś na dnie tej walizki leży jednak skrywanie lęk o niepewną przyszłość.

„Etatowcy” i „kontraktowcy” – są jak stevensonowski Doktor Jekyll i Pan Hyde. Nie pytajcie mnie tylko, proszę, kto jest kim, bo boję się odpowiedzi... Analogia jest tym bliższa, że bycie „etatowcem” wcale nie wyklucza „kontraktu” w innym miejscu i czasie. Przemiany zachodzą w ciągu doby, nierzadko kilkakrotnie i dla postronnych osób mogą być trudne do zaobserwowania. Dopóki Jekyll pilnuje Hyde’a, układ wydaje się dość stabilny – dyżury są zabezpieczone, kontrakt realizowany, do Narodowego Funduszu Zdrowia płyną raporty uspokajające urzędników – jeśli udało się w tym kwartale, być może uda się też w następnym.

Jeśli jednak, podobnie jak w literackim pierwowzorze, demoniczny Doktor uśmierci swoją rozdwojoną osobowość, może się okazać, że jest nas znacznie mniej, niż nawet sami przypuszczamy. ☺

Jan bez skazy



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”,
konferansjer i satyryk

Ktoś ważny zasugerował, że studia medyczne mogłyby być w naszym kraju płatne. Że państwo fundowałoby studentowi naukę, a potem, wykształcony już lekarz, odpracowywałby tę pomoc przez kilka lat tutaj nad Wisłą [przepraszam, że nie wspominam o Odrze, ale nazwa tej rzeki może się pomylić z nazwą pewnej choroby i ktoś mógłby pomyśleć, że sprawa dotyczy tylko medyków specjalizujących się w leczeniu chorób zakaźnych].

Chodzi o to, żeby nasz niezbyt zamożny kraj nie kształcił na swój koszt lekarzy dla Norwegii, Finlandii czy Anglii. Chociaż podobno to tylko zarys pomysłu i odległa jest jego realizacja, zaczęła się burzliwa dyskusja. Podniosły się głosy oburzenia, że przecież lekarze sami, z własnej woli, nie chcą wyjeżdżać, że wystarczy stworzyć im godne warunki stażu, a wtedy zostaną.

Nie znam się, w związku z tym chętnie się wypowiem. Otóż jestem za wprowadzeniem takiego obowiązku odpracowania kosztów studiów. Ale pod jednym warunkiem. Że zasada ta będzie dotyczyła wszystkich kierunków kształcenia w takim samym stopniu. Wszędzie, gdzie państwo dokłada złotówkę do nauczania kogoś czegoś, odbiera sobie później złoty pięćdziesiąt. I na przykład: absolwenci wydziału archeologii, zanim zaczną odkrywać kolejne piramidy, powinni najpierw przez kilka lat szukać złotego pociągu pod Wałbrzychem. Młodzi ludzie po polskich szkołach aktorskich przez parę lat mają prawo występować tylko w polskich filmach i teatrach. Że nie ma tylu ról? To trzeba stworzyć. Każdy reżyser i dyrektor teatru miałby obowiązek realizowania takich sztuk, w których występują sceny zbiorowe, a nawet batalistyczne. Żeby przez scenę czy ekran mogli się przewinąć wszyscy absolwenci szkół z kilku ostatnich lat. Przyjdzie jakaś propozycja z Hollywood? Trudno – muszą poczekać. I co z tego, że im potrzebna nagle akurat ta młoda aktorka? Nam też potrzebna. Nie zagra teraz u nich głównej bohaterki, to za kilkanaście lat zagra matkę jakiejś innej.

Władzom zalecałbym jednak ostrożność przy wprowadzaniu takich rozwiązań. Myślę, że w kolejce do wdrożenia czeka wiele innych, mniej ryzykownych pomysłów. Zacząłbym od uruchomienia kolejnego etapu programu „500+”. W szpitalach. Myślę, że gdyby płacić po pięćset złotych miesięcznie za każde drugie dziecko, które skończyło medycynę, problem z wyjazdami lekarzy mielibyśmy z głowy. Za bliźniaki płaciłbym od razu po tysiąc.

A takie postawy jak ta z toruńskiego szpitala, w którym staż odbywają trojaczki, trzech młodzi bracia lekarze, nagradzałbym medalem, płaciłbym po dwa tysiące i pisałbym wiersze. Zresztą napisałem. Trzech braci zdobywających lekarskie szlify w tym samym szpitalu, w którym dwadzieścia pięć lat temu się urodzili, pokazała telewizja, pisały o nich gazety. Ja przeczytałem w toruńskich „Nowościach”. Był tam na przykład fragment, w którym koledzy lekarze opowiadają, jak ich odróżniają: „Stanisław jest najwyższy, Krzysztof ma bliźnię na czole, a Jan jest bez skazy”.

Napisałem pieśń o pacjencie, który się awanturuje, bo w szpitalu zepsuł się telewizor i nie może obejrzeć meczu. Jest tam taka zwrotka: „Henio chciał telewizor rozwalić/ Rzucał wulgarne wyrazy/ Nagle trojaczki weszły do sali/ W tym jeden całkiem bez skazy”. Gazeta cytuje również reakcje czytelników, a zwłaszcza zauroczonych czytelniczek („Jacy przystojni!”, „Chcemy trafić do nich na oddział!”, „Normalnie chyba się rozchoruję”), podobno zaczęły spływać propozycje odbicia staży w innych placówkach. Mam tylko nadzieję, że przyzwyciężcie płatnych i gdzieś tutaj, nad Wisłą (że o Odrze nie wspomnę). ○

Kraina jaśminów

(fragmenty)



Janusz
Perzyński

Laureat III miejsca
w Konkursie Literackim
„Przychodzi wena
do lekarza” (2016)

Milczenie. Jasne włosy, duże niebieskie oczy. Nieruchome i smutne.

– O czym myślisz, Tereso?

Obraca w palcach gałązkę dzikiej róży. Nad flanelowym kołnierzykiem pulsuje tętnica. Wolno unosi głowę.

– Proszę mnie wypuścić. Muszę iść...

– Dokąd chcesz pójść?

– Do mojej krainy jaśminów.

– Czy pokażesz mi swój pamiętnik?

– Nikomu nie wolno go czytać.

– Dlaczego?

– Bo umrę...

– Dobrze, Tereso. Nikt nie będzie go czytał. Czy chcesz się położyć?

– Tak.

Wtulona w szlafrok idzie długim korytarzem. Sala siódma, łóżko przy oknie. Nakrywa głowę kocem.

Ojciec ma czarne włosy, jak ona niebieskie oczy, mocne ręce.

Unosi ją wysoko. Wysoko ponad stół z kraciastą serwetą, ponad skrzypiącą szafę.

– Hej, Teresiu! Hej, ty mój skowronku!

– Jeszcze raz, tatku! Jeszcze raz...! – Szybuje nad szafą, nad kraciastą serwetą.

Nagle walenie do drzwi i zachrypły głos – otwieraj, znajdo!

Odór alkoholu, przekrwione oczy, twarda, żylasta pięść.

– Tatku kochany! Nie...!

Ktoś szarpie ją za ramię, odsłania koc, jasne światło.

– Co się stało, Teresko?

Nachylona siostra Basia głaszcze ją po twarzy.

– Nic, nic... Już dobrze...

Ma siedemnaście lat i twarz przestraszonego dziecka. Drugi tydzień pobytu w klinice.

Z zapisów w historii choroby wyłania się obraz jej życia.

Dzieciństwo, szkoła podstawowa, rok liceum. Informacje od opiekuna społecznego i pielęgniarki środowiskowej. Krótkie, zwięzłe: *W domu melina pijacka. Wielokrotne interwencje policji. Matka karana za handel alkoholem. Starszy brat pacjentki*

odbywa karę pozbawienia wolności. Ojciec opuścił dom przed rokiem.

Często pił, był agresywny. Prawdopodobnie przebywa na Śląsku.

Ostatnio pacjentka zamieszkiwała w internacie liceum w G. Była tam odwiedzana przez ciotkę, Zofię K. Matka nie potrafi podać bliższych danych. Zdaniem matki warunki w domu bardzo dobre. Adres Zofii K.

Siostra Ewa roznosi termometry. Już widno. Na korytarzu palą się jeszcze boczne światła. Przez otwarte drzwi widać salową. Nachylona wysuwa i cofa ręce. Chropowaty szelest froterki szu-szu... szu-szu... W metalowym okuciu błyska odbijany promyk. Szu-szu... Szu-szu...

Na sąsiednim łóżku śpi babcia Teofila. Żółta, pomarszczona. Fałdy skóry nadymają się jak pompowany balonik. Coraz większe...

Twarz matki. Śmiejąc się, rozgryza szklankę. Mlaskają wydęte wargi.

Cha, cha...! Ty mnie jeszcze popamiętasz! Wciąga nosem powietrze i mocno pluje szkłem. Ostre kawałki kłują twarz, szyję, piersi.

Teresa zrywa się, szarpie guziki piżamy. Szkło spada na podłogę.

Siostra Ewa jest już przy niej.

– Teresa! Co robisz?! Popatrz, stłukłaś termometr...

Po śniadaniu instruktorka terapii zajęciowej zbiera pacjentów na spacer.

– Doktorze. Można zabrać Teresę?

– Tak, ale proszę być przy niej...

Czerwieni się słońce w krzakach dzikiej róży. Pełno ich przy alejkach.

– Uwważaj, Teresko, bo się pokłujesz!

– Stworzyłam jaśminy, stworzyłam róże... Z róż są kołyski moich dzieci...

– O czym mówisz, Teresko?

– Ona przez cały czas gada takie głupoty...

– Panie Stasiu, tak nieładnie. Co chciałaś powiedzieć?

Zza jabłoni od strony pól, dobiega ciche granie dzwonek.

Dzyń-dzyń...

– No, chodź... Dzyń-dzyń... Czekamy...

Teresa zrywa się, biegnie wzdłuż alei, skręca w krzewy róż.

– Tereso! Wracaj!

Instruktorka dogania ją przy parkanie, bierze pod rękę.

– Zobacz, pokaleczyłaś nogi... Wracamy na oddział.

[...]



Cały tekst
w dziale „Kultura”
na www.gazetalekarska.pl



W imieniu Fundacji Lekarze Lekarzom pragnę podziękować wszystkim Darczyńcom, którzy za pośrednictwem Fundacji wspierają Koleżanki i Kolegów w trudnych życiowych sytuacjach. Każda, nawet symboliczna kwota jest bardzo cenna. Chciałbym szczególnie podziękować za stałe i pojedyncze wpłaty Darczyńcom z: Czarnkowa, Gdańska, Grodziska Mazowieckiego, Inowrocławia, Katowic, Legnicy, Lublina, Łodzi, Mielca, Poznania, Warszawy. Szczególne podziękowania pragnę złożyć tym z Państwa, którzy zdecydowali się wesprzeć organizowaną przez Fundację akcję szczepienną.

Serdecznie dziękuję również wszystkim lekarzom i lekarzom dentystom z Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie za udzielanie corocznego wsparcia finansowego Fundacji.

Lekarzy i lekarzy dentystów, którzy borykają się z trudną życiową sytuacją, prosimy o kierowanie do Fundacji wniosków o udzielenie zapomogi lub innej formy wsparcia i pomocy.

**Mariusz Janikowski,
PRZEDSIEDZĄCY
Fundacji Lekarze Lekarzom**

O ślepcach



Agata
Morka

Historyk sztuki

„Znalazłem prawdziwego przyjaciela w doktorze Gachecie, prawie kolejnego brata, tak bardzo jesteśmy do siebie podobni psychicznie i fizycznie” – pisze Vincent van Gogh w liście do siostry Wilhelminy.

Siedząc w domu lekarza w lato 1890 r. nie ma pojęcia, że portret, który właśnie wychodzi spod jego ręki, będzie jednym z najdroższych obrazów świata.

Gachet był z Vincentem w czasie jego chyba najbardziej płodnego okresu. Kilka miesięcy, które artysta spędził w Auvers-sur-Oise pod okiem poleconego przez innych artystów doktora, zaowocowało siedemdziesięcioma obrazami. Jednym z nich był portret samego lekarza.

Gachet siedzi na nim przy stole, podpierając twarz ręką. Pochylenie jego ciała powtarza van Gogh

w nachyleniu gałęzi kwiatu i skośnych liniach na skroniach doktora. Sterczące nad uszami włosy przypominają też samego van Gogha, z ich płomiennym kolorem. Czapka doktora wiję się w arabeskach, tak jak poły jego marynarki. Wśród tego ruchliwego mikrokosmosu umieszcza van Gogh twarz doktora. To twarz może nie tyle smutna, co zapatrzona. Melancholijna. Coś w niej przypomina autoportrety Vincenta, jest coś rzeczywiście podobnego w ich dwojgu, pewna dyspozycja psychiczna, spojrzenie w dal, okolone zielonymi kreskami.

Gachet był nie tylko lekarzem, ale i koneserem sztuki, sam także

próbował swych sił w grafikach. Vincent przyjechał do Auvers-sur-Oise po spokój, by wyzdrowieć po huraganie pobytu w Arles i późniejszej rekonwalescencji w szpitalu w Saint Rémy. Z Gachetem byli blisko, była to relacja głębsza niż tylko pacjent-lekarz. Ale i nie była to relacja wolna od burz. Vincent pisał także: „Myślę, że nie powinniśmy liczyć na doktora Gacheta. Po pierwsze, jest bardziej chory niż ja albo może powinniśmy powiedzieć tak samo chory. Zatem kiedy jeden ślepiec prowadzi drugiego, czy oboje nie wpadną do rowu?”. 27 lipca w letnie popołudnie Vincent zdecydował. Gachet nie uratował swojego pacjenta. ○

▼ **Obraz:**
Portret doktora Gacheta, Vincent van Gogh, 1890, kolekcja prywatna





Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 15 marca 2017 r.

W temacie maila należy wpisać GL03.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych
(imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

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

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

Rozwiązanie zagadki z „GL” 02/2017

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Dodanie kwiatu we włosach. Na licznych autoportretach Frida przedstawiała się z tradycyjnym meksykańskim przybraniem włosów kwiatami. Na tym obrazie jednak zrezygnowała ze zwykłych zdobień, pokazując się przede wszystkim jako pacjentkę.

2. Dodanie małpy na ramieniu Fridy. Małpy były częstymi towarzyszami Fridy na jej portretach. Istnieją różne interpretacje ich znaczenia: mogło to być nawiązaniem do małp w sztuce azteckiej symbolizujących płodność. Niektórzy twierdzą, że małpy miały być symbolami dzieci, których Frida nigdy nie miała ze względu na słabe zdrowie. Według jeszcze innej interpretacji, małpy mogły symbolizować wiernych studentów Fridy, którzy

uczęszczali na jej lekcje w domu artystki, gdy Frida nie mogła już wyklądać na Akademii Sztuk Pięknych.

3. Przemalowanie ścian pokoju na niebiesko. Frida Kahlo z mężem Diego Riverą mieszkali w tak zwanym Casa Azul (Niebieskim Domu) przez ponad dwadzieścia lat. Dom ten, pomalowany na charakterystyczny niebieski kolor, stał się niezwykle ważnym miejscem dla meksykańskich artystów.

4. Dodanie broszki wyglądającej jak skalpel w klapie marynarki doktora. Doktor Farill był chirurgiem Fridy. W 1951 r. Frida musiała być operowana aż siedem razy. Wszystkie operacje wykonał właśnie doktor Farill.



^ Obraz: *Autoportret z portretem doktora Farilla, Frida Kahlo, 1951*



NAGRODZONY Z „GL” 02/2017

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Leon Ferfecki z Andrychowa** Gratulujemy!

Fotografujesz? Wyślij!

Lubelska Izba Lekarska i Uniwersytet Medyczny w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski ogłaszają VII Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Nadsyłanie prac: do 31 października. Honorowy patronat objął m.in. prezes NRL Maciej Hamankiewicz. 

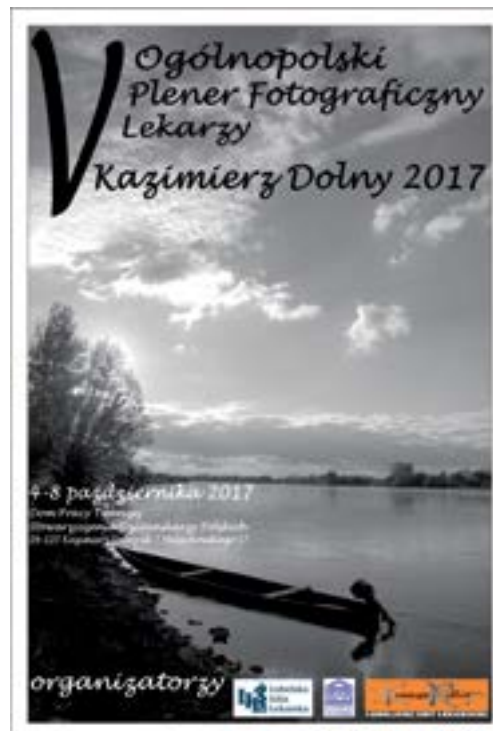
VII Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny



Szczególne informacje na stronie internetowej
www.kultura.ol.lublin.pl/konkurs2017



Więcej w dziale Kultura
na www.gazetalekarska.pl



Plener fotograficzny

Komisja Kultury ORL w Lublinie zaprasza pasjonatów fotografii do udziału w V Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym Lekarzy w dniach **4-8 października** w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą organizowanym przy współudziale NRL. Zakwaterowanie: Dom Dziennikarza w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą (pokoje 2-osobowe z łazienką). Wyżywienie: śniadania, obiady oraz kolacje. Liczba miejsc: 20. Liczy się kolejność zgłoszeń. Wycofanie opłaty za plener związane z rezygnacją z imprezy możliwe do dnia 31 sierpnia (włącznie). 

NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ •

Księga z San Michele

Axel Munthe

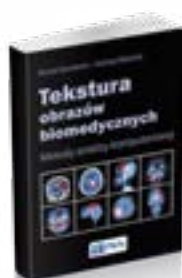
Nowe wydanie dzieła życia autora, nadwornego lekarza szwedzkiej rodziny królewskiej. W swych słynnych już pamiętnikach pisał o swoim życiu, praktyce lekarskiej, pacjentach, włączając w te wspomnienia własne przemyślenia. Autobiografia ceniona na całym świecie, obowiązkowa dla każdego lekarza.



Tekstura obrazów biomedycznych. Metody analizy komputerowej

Michał Strzelecki, Andrzej Materka

Przewodnik po technikach przetwarzania i analizy obrazów biomedycznych, w tym ich tekstury odzorowującej fizyczną strukturę tkanek i narządów. Autorzy pokazują, jak analiza różnicowania tekstury ma wpływ na właściwą ocenę i prawidłową diagnozę.



Dzieje medycyny w Polsce

✉ RYSZARD GOLAŃSKI

Mam przyjemność przedstawić dzieło wyjątkowe. Nakładem Wydawnictwa Lekarskiego PZWL ukazały się trzytomowe „Dzieje medycyny w Polsce” pod redakcją naukową profesora Wojciecha Noszczyka.

O tomie pierwszym, wydanym w roku 2015, miałem już okazję Państwu informować. Teraz miłośnicy historii medycyny mają do dyspozycji wydanie kompletne, dołączyły dwie kolejne części. Tom pierwszy opisuje medycynę na ziemiach polskich od czasów najdawniejszych do roku 2014.



^ „Dzieje medycyny w Polsce” pod redakcją naukową profesora Wojciecha Noszczyka. Tom 1-3

Nie kryję, że ten tom przeglądałem z największym zainteresowaniem. Znaleźć w nim można wiele informacji, których nie poznaliśmy podczas studiów.

Nauka historii medycyny, jak wszyscy pamiętamy, była dość fragmentaryczna, ponadto jako studenci traktowaliśmy ją jako coś mniej ważnego. Z zainteresowaniem czytałem na temat organizacji pomocy medycznej podczas Powstania Styczniowego. Nie wszyscy zapewne wiedzą, że lekarze nie tylko leczyli rannych powstańców, ale byli także dowódcami powstańczych oddziałów.

Ważną rolę dla polskich lekarzy w XIX w. odrywała „Gazeta Lekarska” – nasz protoplasta. Tom drugi opisuje lata 1914-1944. Redaktorem naukowym tej części, obok prof. Noszczyka, jest prof. Jerzy Supady. Tom trzeci to lata 1944-1989. Z pewnością jest to dzieło, które powinno zainteresować wszystkich lekarzy. Można w nim prześledzić dzieje i rozwój swojej specjalizacji. Można także spotkać swoich nauczycieli i mistrzów. Można poznać szczegóły biografii lekarzy niezwykłych. Dla mnie jedną z takich osób był Ludwik Rydygier.

Lektura 2153 stron to zadanie nie lada, ale warto to dzieło przejrzeć. ○



Więcej w dziale Kultura
na www.gazetalekarska.pl

NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 •

Medycyna Rodzinna

Redakcja naukowa:

**J. Bożydar Latkowski, Witold
Lukas, Maciej Godycki-Ćwirkó**

Publikacja zawiera zagadnienia związane z organizacją opieki zdrowotnej, relacją lekarz-pacjent, diagnostyką i terapią najczęstszych zaburzeń spotykanych w codziennej praktyce POZ. Obok tekstów zamieszczono także ryciny, tabele i przykłady z praktyki klinicznej.



Kompendium leczenia bólu

**Redakcja: Małgorzata Malec-Milewska,
Jarosław Woron**

Trzecie, poprawione wydanie tej książki, opisujące podstawowe procesy związane z bólem – jego powstawaniem, rodzajami oraz sposobami i możliwościami leczenia. Książka dla lekarzy różnych specjalności, która może ułatwić codzienną pracę z pacjentem.





Rowery i kajaki

W dniach **3-4 czerwca** odbędzie się Jurajski Rajd Rowerowo-Kajakowy Lekarzy. Miejsce: Hucisko Orle Gniazdo. Do wyboru są dwie trasy z przewodnikiem (20 i 50 km) – do wyboru na miejscu. Potwierdzenie wpłaty należy przesłać do 12 maja.

Piłka nożna

OIL w Częstochowie zaprasza na X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej i II Mistrzostwa Polski Lekarzy Oldboys (45+), które odbędą się w dniach **9-10 czerwca**. Rozgrywki zaplanowano na Miejskim Stadionie „RKS Raków” w Częstochowie.



Więcej w dziale Sport
na www.gazetalekarska.pl

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

Tenis — Częstochowa

OIL w Częstochowie organizuje Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy, który odbędzie się w dniach **12-14 maja** na obiekcie Częstochowskiego Klubu Tenisowego przy ul. 3 Maja obok Jasnej Góry. W pierwszy dzień turnieju odbędzie się wieczór towarzyski w klubie lekarza w siedzibie izby. Organizatorzy proszą o wpłaty do **29 kwietnia**.

Tenis — Stalowa Wola

W dniach **10-12 marca** odbędą się XX Jubileuszowe Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w tenisie w Stalowej Woli. Zgłoszenia przyjmowane są do 6 marca.









Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Nie ma ciała, nie ma zbrodni

Sprawa uprowadzenia i zamordowania płockiej lekarki była głośna w całej Polsce. Dochodzenie i poszlakowy proces nie wyjaśniły wszystkich okoliczności. Ślad po doktor Stefanii Kamińskiej, która wyszła z domu, aby zbadać dziecko, i nigdy już nie wróciła, zaginął. Ale zagadka lat siedemdziesiątych wciąż inspirowa historyków i dziennikarzy śledczych. Właśnie ukazała się książka Jacka Ostrowskiego oparta na faktach sprzed prawie pół wieku.



^ „Ostatnia
wizyta”
Jacek Ostrowski

Stefania Kamińska urodziła się w Żernikach pod Jarocinem 111 lat temu. Maturę zdała w Szamotułach, medycynę skończyła na Uniwersytecie Poznańskim w 1934 r. Wyszła za mąż za pulmonologa Kazimierza Kamińskiego i przeprowadziła się do Płocka. W czasie wojny była żołnierzem AK. Pacjentów przyjmowała w przydomowym gabinecie kamienicy Tumskiego 6.

5 czerwca 1970 r. nieznany mężczyzna zamówił wizytę do Brwilna. Doktor wsiadła do jego samochodu i odjechała. Kamiński po dwóch dniach zgłosił zaginięcie żony. Sprawa nabrała rozgłosu dzięki ogłoszeniom w prasie, radiu i telewizji. Motyw wiązano z anonimem domagającym się okupu, ale nie wykluczano porachunków wojennych. Skontrolowano kilka tysięcy zarejestrowanych maszyn do pisania! Po wielu miesiącach połączono sprawę porwania i serii anonimów z pogroźkami, które odbierali mieszkańcy Konina. O zatrzymaniu wpływowego byłego dziennikarza „Gazety Poznańskiej” i hodowcy królików, zdecydował przypadek. Zygmunt Bielaj początkowo wszystkiemu zaprzeczał, był

agresywny i twierdził, że cała sytuacja jest prowokacją. Tymczasem śledczy popełniali błędy. Dopuścili do sprzedania zatrzymanego trabanta, w którym nowi właściciele zatarli ślady przewożenia Stefanii Kamińskiej. Nie zabezpieczono też pieców w domu i na fermie podejrzanego. Nie potrafiono udowodnić, że doktor Kamińska nie żyje. Sprawę utrudnił fakt, że podejrzany służył w Armii Czerwonej, a później w NKWD. Szok spowodowało przyznanie się sprawcy do wielu zabójstw, za które z powodu przedawnienia nie groziła mu kara. Sąd uznał aresztowanego winnym porwania i szantażowania anonimami, i skazał na 15 lat więzienia. Mężczyzna zmarł w 1993 r. w jednym z domów pomocy społecznej. Ciała zamordowanej i odpowiedzi na wiele pytań nie znaleziono.

„Ostatnia wizyta” Jacka Ostrowskiego przenosi czytelnika w realia lat siedemdziesiątych, a historia opowiedziana jest przez pryzmat uwikłanego w zbrodnie z przeszłości porwawca i seryjnego mordercy, bankruta poszukującego sposobu na odbicie się od finansowego dna, na wpół lojalnego wykonawcę poleceń tajemniczych mocodawców. Doskonale zatarta została granica fikcji literackiej, której głównym zadaniem było pokazanie ludzkich odruchów oraz umiejętna charakterystyka głównych postaci. Autor celowo zmienił ich imiona i nazwiska. Świetnie opisał Konin i Płock sprzed lat.

Porwanie doktor Stefanii Kamińskiej do dzisiaj w środowisku lekarskim jest tematem powracających rozmów i lęków. Odnajdujemy stare zdjęcia i patrzymy na to najsłynniejsze, niemal reklamowe, z pięknym bobasem. Próbowujemy doprowadzić do intrygującej kryminalnej historii prawdę o wspaniałej lekarce uwielbianej przez małych pacjentów i ich rodziców, silnej osobowości, autorytecie medycznym, której życie przed porwaniem także niesie jakąś nieopisaną bliżej tajemnicę czasów okupacji. Jej wyjaśnienia prawdopodobnie już nigdy się nie doczekamy. ☹

▼ To jedno
z najsłyn-
niejszych
zdjęć Stefanii
Kamińskiej





Rozwiązanie

Jolki Lekarskiej nr 221
(„GL” nr 12/2016-01/2017)

**Prawdę należy mówić
tylko temu kto chce
jej słuchać.**

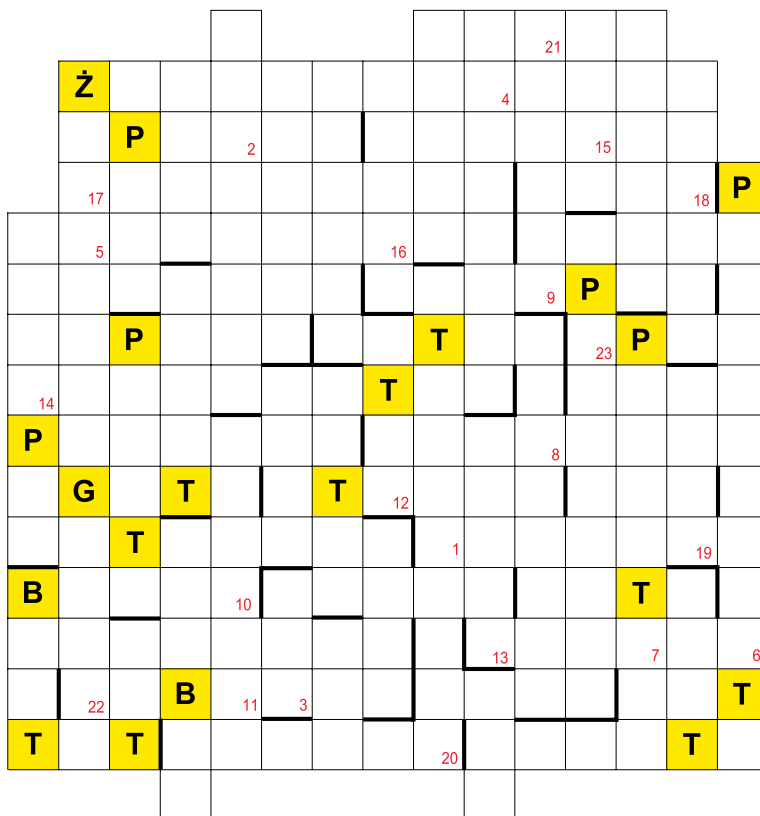
Nagrody otrzymują:

Olga Trzciniecka (Lublin),
Krzysztof Kwas (Kielce),
Renata Cimochoń (Legnica).

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

Objaśnienia 69 haseł
podano w przypad-
kowej kolejności.

W diagramie ujawnio-
no wszystkie litery: B,
G, P, T i Ż. Na ponu-
merowanych polach
ukryto 23 litery hasła,
które stanowi roz-
wiązanie. Jest to myśl
Pitagorasa. Hasło na-
leży przesłać na karcie
pocztowej do redakcji
lub e-mailem na adres
jolka@gazetalekarska.
pl do 30 marca 2017 r.
Wśród autorów pra-
widłowych rozwiązań
rozlosujemy nagrody
książkowe (prosimy
o podanie specjalizacji
i adresu do wysyłki).



* Marian, współodkrywcą promieniotwórczego izotopu fluoru * siatka po serwisie * kraina historyczna z Izraelem * sa-
molot europejski * używka z meskaliną * skrawek metalu * płynie w Rangunie * indyjska bogini śmierci * królewskie
koty * carscy zaborcy * Kraj nad górnym Obem * Osama ben ... * drakunkulus medyński * sekta gnostyków w Afryce Płn.
(II i III wiek) * tytułowa rzeka Miłosa * pojazd z F1 * między wapniem a tytanem * wietnamski Nowy Rok * Litwin lub
Łotysz * nakręcił „Iluminację” * delfiny z Amazonii * około (łac.) * stolica Peru * patrol na przedzie * zmysł z pręcikami i
czopkami * partner Barbie * płynie w Przemyśle * wolnizna * anioł morski * patron ipsacji * Hinduska na stosie * browar
w Brzesku * Mieczysław, wybitny szachista polsko-argentyński * soczewka (łac.) * płynie w Jekaterynburgu * wielko-
polski gród z ciężkim więzieniem * Michaił, główny przyrodnik rosyjski * niemiecka galareta * podkowiały * płynie w
Goleniowie * działo * wymiotnica lekarska * trzecie wielkie zlodowacenie Alp * miasto nad Bosną * zakopiańska willa
Szymanowskiego * myśl * jałowka * silantium * miasto Talesa * fakt, fenomen * na rękach chirurga * dwie pięćdziesiątki
* sąsiadka Zadniego Mnicha * piłka za linią * nawadnianie doustne * „polska whisky” ze Szczecina * stan z Little Rock *
era * jelitodyszce * zapada po procesie * koczownicy w Panonii (VI i VII wiek) * pisze powieści * sól kwasu żelazocyja-
nowodorowego * jest tylko jedna * miasto na Jawie nad rzeką Brantas * kreacja, wykonanie * rzymski Mojry * sukienki
popularnie * nauka o roślinach leczniczych

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 170 000 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:
Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl

Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

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

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

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

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Jarosław Klimek (Łódź)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Berlin)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)

Redaktor portalu internetowego:
Mariusz Tomczak
m.tomczak@gazetalekarska.pl

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

Opracowanie graficzne:
Teresa Urawska

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

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

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

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

