

SAMORZĄD: 30 lat odrodzonych izb lekarskich



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

3 | 2019

Kalendarz lekarza praktyka

OBOWIAZKI DLA
PROWADZĄCYCH
GABINETY W 2019 R.

SPRAWDŹ NADCHODZĄCE TERMINY

TAJEMNICA LEKARSKA

SĄ NOWE PRZEPISY,
ALE DYLEMATY POZOSTAJĄ

ŚDZIU 2019

CUKIER WROGIEM NUMER 1

Kilka prostych słów

CZASEM JEST MI WSTYD ZA LEKARZY

Zdrowie publiczne, czyli pan ma gorzej

Temat numeru

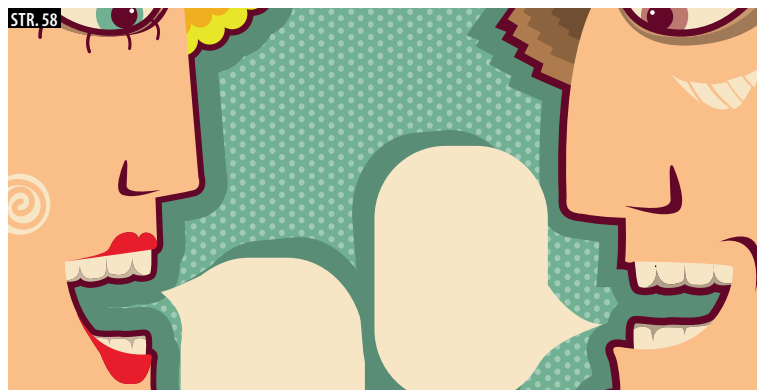
PODZIELONA ONKOLOGIA

KTO OBAWIA SIĘ REFORMY?

10

NA FALI SOLIDARNOŚCIOWEJ ODNOWY

W maju minie dokładnie 30 lat od uchwalenia ustawy o izbach lekarskich. Samorząd w nowej formule wyrósł na fali solidarnościowej odnowy.



24

TAJEMNICA LEKARSKA – NAJNOWSZE ZMIANY

Uwaga! Po raz kolejny zostały zmienione przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej. Co oznaczają dla środowiska lekarskiego?



Spis treści

Marzec 2019

SAMORZĄD

- 4 | Ruch jest wszystkim, cel jest niczym?
- 7 | Nie traćmy nadziei
- 8 | Priorytety na ten rok
- 10 | Na fali solidarnościowej odnowy

TEMAT NUMERU

- 14 | Struktura zachorowań na choroby nowotworowe w Polsce
- 15 | Podzielona onkologia
- 16 | Onkozmiana

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 23 | Składka od emeryta
- 24 | Tajemnica lekarska – najnowsze zmiany
- 26 | Mechanizm ostrzegania

PRAKTYKA LEKARSKA

- 28 | We the Dentists
- 30 | Zgubne skutki słodkiej diety
- 32 | Pasta na receptę czy recepta na pastę?
- 33 | Porozumienie
- 34 | Ważny element systemu
- 35 | Biuletyn
- 43 | Obowiązki dla prowadzących praktyki zawodowe
- 46 | Pan ma gorzej
- 48 | Co najbardziej boli?
- 50 | Selfie

NAUKA

- 54 | Dializa pod pełną kontrolą

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

- 56 | Jakość zależy od finansów

STUKOT BIAŁYCH TREPÓW

- 58 | Kilka prostych słów

ZE ŚWIATA

- 60 | Wszystko, co najlepsze

LISTY

- 63 | W sprawie biegłych
- 64 | W sprawie eutanazji

PO GODZINACH

- 66 | Pudrowanie SOR-u
- 67 | Zwierciadło zmian
- 68 | W szeregu
- 70 | Kultura
- 71 | Sport
- 72 | Kalendarz wydarzeń kulturalnych i sportowych 2019
- 76 | Oczy
- 77 | Zjazdy koleżeńskie
- 78 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Właśnie na moje biurko trafił z introligatorni świeżo oprawiony rocznik 2018 „Gazety Lekarskiej”. Jako dwudziesty ósmy dołącza do kolekcji wydań pisma ukazującego się od 1990 r.

Zapisana jest tu historia odrodzonego w 1989 r. samorządu lekarskiego. Są też przykłady meandrowań kolejnych reform ochrony zdrowia, zawirowań personalnych, ogólnie słusznych postulatów, rozbudzonych nadziei i rozczarowań. Ci, którzy będą przygotowywać się do tegorocznych obchodów 30-lecia reaktywowania samorządu lekarskiego, z pewnością znajdą tu wiele ciekawych, źródłowych informacji. Moje notatki „Z Sobieskiego 110” powstają jako swego rodzaju kronika najważniejszych spraw, którymi w NRL zajmujemy się w ramach powierzonego nam mandatu. Z czasem, przy okazji kolejnych jubileuszy, one też mogą rzucić światło na nasze realia.

W nowy rok wydawniczy weszliśmy z odmienioną „Gazetą Lekarską”. Wydanie, które obecnie mają Państwo przed sobą, jest już drugim w nowej odsłonie. Otrzymujemy sygnały, że zmiana została dobrze przyjęta przez Czytelników. Zespół zapowiada kolejne nowości i otwarcie na nowe pióra. Tematów dziennikarzom nie zabraknie. Widać to na przykładzie minionego miesiąca. Na bieżąco odnotowują to serwis internetowy www.nil.org.pl i portal gazetalekarska.pl.

Ruch jest wszystkim, cel jest niczym?

Tytułowe pytanie wraca, gdy słyszy się o kolejnych inicjatywach regulacyjnych dla ochrony zdrowia. Czyżby znak czasu? Nie tylko naszego!

Ostatnio trafiło tam stanowisko o strategii onkologicznej. Temat ten – i słusznie – obszernie potraktowała „Gazeta Lekarska” na kolejnych stronach tego wydania. Toczą się też seriale o cyfryzacji w ochronie zdrowia i utylizacji amalgamatu w stomatologii. Oba utwierdzają nas w przekonaniu, że nieuniknione zmiany (to wymóg czasu, i co do tego nie ma wątpliwości) trzeba wprowadzać w sposób szanujący realia – techniczne, infrastrukturalne, społeczne i finansowe. Decydentom warto też przypominać, że warunkiem skutecznej zmiany jest komunikacja oparta na dialogu i słuchaniu drugiej strony – jej brak w większości wypadków niweczy nawet najbardziej słuszne zamiary. W tym miejscu warto odnotować reakcję ZUS na naszą zdecydowaną interwencję w obronie lekarzy, którzy czuli się szykanowani decyzjami ubezpieczyciela. Były to, według nas, nadmierne i niczym nieuzasadnione sankcje za opóźnienia w wystawianiu e-zwolnień. Dobrze, że odstąpiono od niesłusznie wymierzonych kar.

W poprzednim felietonie dzieliłem się obserwacją poczynioną przy okazji dyskusji o przyszłości kadr ochrony zdrowia. Nie minął miesiąc, a już spada kolejny kamień do tego samego ogródka. Oto 14 lutego odbyło się posiedzenie Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego z udziałem wicepremiera Jarosława Gowina. Jak doniosły media, istotnym punktem tego spotkania była debata pt. „Uwarunkowania kształcenia lekarzy w Polsce”. Debata ważna i potrzebna, tyle że poprowadzona obok innej, toczącej się praktycznie od roku. Zarówno w samorządzie lekarskim, jak i w Ministerstwie Zdrowia dyskutuje się nad zmianami zaproponowanymi przez zespół powołany po protestach rezydentów. W toku wielomiesięcznej pracy przygotowano projekt zmian zasad kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków.

Tymczasem na debatę Rady Głównej nie zaproszono przedstawicieli NRL, mimo że jednym z podstawowych, ustawowych zadań samorządu lekarskiego jest opiniowanie i wnioskowanie spraw kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy oraz współdziałanie z organami administracji publicznej w obszarach ochrony zdrowia i warunków wykonywania zawodu lekarza.

Jako środowisko nie mogliśmy przejść obojętnie wobec tego – nazwijmy to – niefortunnego zdarzenia. Dałem temu wyraz w piśmie wystosowanym do wicepremiera Gowina. Pozostaje mieć nadzieję, że podobne sytuacje się nie powtórzą. Historię tę odnotowuję, aby nasi następcy, wertując „Gazetę Lekarską” przy okazji kolejnych jubileuszy, trafili na przestrożę, jak łatwo można wpasnąć w pułapkę „ruch jest wszystkim, cel jest niczym”. A może wpisali ją do rozdziału „Jak hartowała się stal?”. ■

“

Moje notatki „Z Sobieskiego 110” powstają jako swego rodzaju kronika najważniejszych spraw.

SKRINING

Standardy a realia

Stan kadr, ilość pieniędzy i poziom edukacji zdrowotnej – te trzy czynniki decydują o przyszłości ochrony zdrowia w Polsce. Mówił o tym wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz w czasie konferencji „W trosce o prawa kobiet” zorganizowanej 14 lutego w siedzibie Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie.

Poświęcono ją m.in. zmianom w standardach opieki okołoporodowej obowiązującym, na mocy rozporządzenia ministra zdrowia, od 1 stycznia. Jak powiedział dr Jacek Kozakiewicz, nowe standardy z jednej strony dają lekarzom pewien komfort, ale żadne naciski administracyjne nie mogą zwolnić z działania w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną. W jego ocenie, jeśli sytuacja się nie zmieni, to w naszym kraju dalej będzie upowszechniać się tzw. medycyna defensywna, co w niektórych obszarach może zahamować rozwój skutecznej opieki. – Pacjenci i lekarze stoją po jednej stronie, między nami nie ma konfliktu. Musimy mówić jednym głosem, zamiast stawiać naprzeciwko siebie. Chcemy podmiotowości pacjenta, ale i lekarza – powiedział wiceprezes NRL, dodając, że zamiast tylko wymagać



Artur Drobniak, Jacek Kozakiewicz, Michał Balsa

od lekarzy przestrzegania określonego standardu, przede wszystkim trzeba stworzyć im przyjazne otoczenie. Trudno o to w obliczu takich zjawisk jak starzenie się i emigracja. – Od momentu, gdy Polska weszła do Unii Europejskiej, z kraju wyjechało ok. 13 tys. lekarzy, a w polskiej ochronie zdrowia 1/4 zatrudnionych lekarzy posiada uprawnienia emerytalne. Gdyby oni chcieli nagle odejść, system rozsypałby się jak domek z kart – dodał wiceprezes Jacek Kozakiewicz.

Uczestniczący w dyskusji Artur Drobniak, zastępca sekretarza NRL, zwrócił uwagę, że wymagania zapisane w aktach prawnych nie zawsze idą w parze ze szpitalną rzeczywistością. ■

42,2%

odsetek cięć cesarskich
w Polsce w 2014 r.



gazetalekarska.pl

Stypendia

NRL przyjęła uchwałę w sprawie utworzenia funduszu stypendiów dla lekarzy i lekarzy dentystów. Celem przyznawania stypendiów jest umożliwienie lekarzom i lekarzom dentystom odbycia stażu w polskim lub zagranicznym ośrodku albo udział w kursach czy warsztatach dokształcania zawodowego. Dodatkowe informacje (w tym m.in. regulamin przyznawania środków finansowych, zasady oceny wniosków i dokumenty dla osób aplikujących) są na stronie NIL. Przewodniczącym komisji stypendialnej jest Michał Balsa, członek Prezydium NRL. ■

Cyfryzacja do poprawy

Konieczne są korekty w organizacji procesu cyfryzacji – uważa Prezydium NRL. 8 lutego jednogłośnie podjęto w tej sprawie stanowisko. Wymagania dla systemów teleinformatycznych usługodawców muszą być niezwłocznie ogłoszone przez ministra zdrowia, bo bez tego nie da się określić oczekiwań wobec dostawców programów informatycznych do obsługi EDM, co z kolei powoduje blokadę procesu inwestycyjnego w placówkach ambulatoryjnych. Zdaniem Prezydium NRL, udostępnianie dokumentów EDM nie może polegać na tworzeniu przez usługodawców

repozytoriów pełnej dokumentacji. Z kolei umożliwienie pacjentom częściowej realizacji recepty w różnych aptekach jest konieczne dla poprawy funkcjonalności systemu obsługującego e-receptę (brak takiej możliwości może spowodować nalegania pacjentów na wystawianie wielu recept w przypadku przepisywania większej liczby leków, co wydłuży czas potrzebny na wizytę lekarską). Członkowie Prezydium NRL ocenili, że bez dokonania m.in. takich zmian podstawowe założenia reformy nie zostaną zrealizowane, lekarze prowadzący podmioty wykonujące działalność leczniczą zostaną narażeni na ryzyko niewłaściwego wydatkowania środków, a pacjentów mogą spotkać utrudnienia. ■

SKRINING

Zmiana ustawy

Prezydium NRL podjęło decyzję o zwołaniu na 22 lutego nadzwyczajnego posiedzenia NRL w celu omówienia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz aktów wykonawczych do niej. Przypomnijmy, że w czasie posiedzenia NRL pod koniec stycznia przyjęto stanowisko dotyczące projektu przygotowanego przez zespół pod przewodnictwem dr. Jarosława Bilińskiego (to ciało powołane przez ministra

zdrowia na mocy ubiegłorocznego porozumienia zawartego z przedstawicielami protestujących lekarzy rezydentów). Jak podkreśla prezes NRL Andrzej Matyja, projektowane zmiany mogą mieć fundamentalne znaczenie dla systemu kształcenia oraz warunków pracy lekarzy i lekarzy dentystów, co przełoży się na system ochrony zdrowia i opiekę nad pacjentami. Członkowie NRL są zgodni co do tego, że wszelkie zmiany w systemie ochrony zdrowia następować powinny przy aktywnym udziale samorządu lekarskiego. ■



Działacze samorządu lekarskiego na prestiżowej liście

Laureaci Listy Stu
2018

Znamy laureatów Listy Stu 2018, czyli najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie i systemie ochrony zdrowia w minionym roku. Wyniki najnowszego plebiscytu zostały ogłoszone podczas uroczystej gali, która odbyła się 18 lutego w Warszawie. Za osobę najbardziej wpływową w polskiej medycynie jury uznało rektora WUM prof. Mirosława Wiel-

gosia. Za osobę mającą największy wpływ na system ochrony zdrowia jury uznało ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego. W tej drugiej kategorii 12. miejsce zajął prezes NRL prof. Andrzej Matyja, 14. miejsce prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski, na 33. miejscu uplasował się członek NRL Damian Patecki, a na 39. były wiceprezes NRL prof. Romuald Krajewski. Od 16 lat „Puls

Medycyny” wyróżnia osoby, które mają szczególny wpływ na rozwój polskiej medycyny, a od 4 lat także tych, którzy przyczyniają się do poprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Kandydaci oceniani byli przez kapitułę konkursu w trzech kategoriach: osiągnięcia i dokonania w 2018 r., reputacja zawodowa i wpływy w środowisku oraz siła publicznego oddziaływania. ■





KRZYSZTOF MADEJ

wiceprezes NRL

Nie traćmy nadziei

Od wielu, wielu już lat w samorządzie lekarskim panuje dojmujące przeświadczenie [ja wolalbym powiedzieć „marzenie”], że ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty trzeba gruntownie znowelizować. Zmieniło się tak wiele w regułach organizacyjnych i ramach prawnych systemu ochrony zdrowia, że i samo wykonywanie zawodu lekarza wygląda inaczej.

Prawo, jeśli nie ma wyprzedzać praktyki życiowej, to przynajmniej powinno za nią nadążać, a także chronić trwale wartości i rozwiązania, które muszą pozostać mimo zmienności świata. Obecna ustawa została uchwalona w 1997 r. i zastąpiła poprzednią, z 1950 r. Nasze środowiskowe prace nad nową ustawą rozpoczęły się w niedługim czasie po reaktywacji samorządu lekarskiego, więc po upływie pierwszej czteroletniej kadencji dysponowaliśmy już dość dobrze przygotowanym projektem.

W drugiej kadencji zaczęła się praca legislacyjna na drugim poziomie: rządowym i parlamentarnym. Po trzech latach prac, lobbingu oraz bardzo skomplikowanej grze towarzyskiej i politycznej, na tym bardzo zmiennym wówczas gruncie przemian politycznych i tasujących się ugrupowań, ustawa została uchwalona, ku satysfakcji większości: koalicji, opozycji, samorządu, różnych kręgów opiniotwórczych i mędrców. Z tymi ostatnimi jest najgorzej, bo zwykle bywają przeciwni, dopóki nie przypisze się im autorstwa dzieła i nie obsypie medalami i gratyfikacjami różnej maści. Od 1997 r. do chwili obecnej ustawa, o której mówię, była nowelizowana w różnych szczegółowych kwestiach ponad 80 razy.

To kolejny dowód, że trzeba ją znowelizować, tym razem, rudymencie. Jest na to szansa. Porozumienie Rezydentów podpisało z ministrem zdrowia porozumienie, w którym stoi, że rządowa inicjatywa legislacyjna zacznie się w marcu br. Projekt, w postaci dorobku zespołu ds. opracowania projektu nowelizacji powołanego przez ministra zdrowia, jest i został przekazany ministrowi. Samorząd lekarski, jak Polska długa i szeroka, czyta, myśli, opiniuje, komentuje, proponuje poprawki oraz uzupełnienia i skreślenia, wygłasza akty strzeliste, wszczynają konflikty i awantury legislacyjne i nie tylko, czyli praca wre. Trzeba tylko wzbudzić rządową inicjatywę legislacyjną (bo o poselskiej jakoś nikt na razie nie przebąkiwał). A ma ona wyglądać tak:

- wniosek (w sprawie wszczęcia prac legislacyjnych) stałego członka kierownictwa Ministerstwa Zdrowia;
- decyzja na posiedzeniu kierownictwa Ministerstwa Zdrowia;
- wystąpienie do Zespołu do spraw Programowania Prac Rządu o umieszczenie projektu w wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów;
- akceptacja wniosku przez Departament Analiz i Departament Prawny i zebranie innych opinii w tzw. uzgodnieniach wewnętrznych (w tym z NFZ i innymi jednostkami podległymi ministrowi), zakończone wewnętrzną konferencją uzgodnieniową;

- przekazanie projektu do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów w celu rozpatrzenia projektu na posiedzeniu Stałego Komitetu Rady Ministrów lub nawet Rady Ministrów, jeśli jest taka potrzeba;
- publikacja zgłoszeń zainteresowania pracami nad projektem podmiotów lobbujących;
- opracowanie uzasadnień i tzw. OSR (ocena skutków regulacji);
- ocena zgodności projektu z prawem europejskim przez Departament Współpracy Międzynarodowej i przesłanie do rozpatrzenia przez Komitet ds. Europejskich;
- przekazanie projektu, z chwilą skierowania projektu do konsultacji publicznych, do Biura Prasy i Promocji w celu udostępnienia w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”;
- po uzgodnieniach wewnętrznych uzgodnienia, opinie i konsultacje publiczne, których wynik jest przekazywany kierownictwu Ministerstwa Zdrowia;
- uzyskanie stanowisk Rządowego Centrum Legislacji, Ministra Spraw Zagranicznych, Ministra Finansów i innych resortów w ramach tzw. uzgodnień międzyresortowych;
- konferencja uzgodnieniowa zewnętrzna w celu usunięcia rozbieżności wynikłych w trakcie prac międzyresortowych i konsultacji publicznych;
- zatwierdzenie projektu przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, a następnie liczne dalsze przysyłanie projektu i praca nad nim pomiędzy Stałym Komitetem Rady Ministrów, Komitetem ds. Europejskich, Komitetem Rady Ministrów ds. Cyfryzacji oraz Rządowym Centrum Legislacji z jego komisją prawniczą, która dokonuje ostatecznej akceptacji projektu;
- przyjęcie projektu ustawy przez Radę Ministrów i przesłanie jej przez Premiera na ręce Marszałka Sejmu RP.

To, co powyżej, to tylko skromny wyciąg z tzw. metryki projektu ustawy, która jest zakładana w chwili rozpoczęcia procesu legislacyjnego i która liczy 48 pozycji. Do tego należy dodać wymóg dołączenia do projektu ustawy projektów aktów wykonawczych (rozporządzeń) o podstawowym znaczeniu dla proponowanej regulacji (są takie projekty ustaw, które wymagają dołączenia wszystkich projektów aktów wykonawczych).

I to jest tylko etap rządowy. Pominąłem, z braku miejsca, etap parlamentarny: sejmowy i senacki, z pierwszym, drugim i trzecim czytaniem; prace w komisjach: sejmowych i senackich, zwykłych i nadzwyczajnych, opinie biur analiz i ekspertów sejmowych i senackich.

Ale jest szansa. Działajmy! ■

KOMISJE NRL

Priorytety na ten rok

Przewodniczącym komisji działających przy Naczelnej Radzie Lekarskiej zadaliśmy pytanie – co jest dla nich wyzwaniem w bieżącym, 2019 roku.

TEKST LUCYNA KRYSIAK



MICHAŁ BULSA

przewodniczący
Komisji ds. Młodych
Lekarzy oraz Komisji
Stypendialnej

Wielkim wyzwaniem i priorytetem dla komisji ds. młodych lekarzy będzie przygotowywana nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Zmiany przepisów obejmą głównie kształcenie podyplomowe osób wykonujących te zawody, problematykę prawa pracy i kwestię dyżurów medycznych. Komisja postawiła sobie cel, aby na bieżąco skutecznie reagować na szczeblu krajowym na zgłaszane przez środowisko młodych lekarzy nieprawidłowości we wspomnianych aspektach. ■

W tym roku Naczelna Rada Lekarska utworzyła fundusz stypendialny i powołała Komisję Stypendialną NRL. Głównym kierunkiem jej działania będzie przyznawanie, zgodnie z przyjętymi zasadami, stypendiów zawodowych dla lekarzy i lekarzy dentystry. Priorytetem będzie także ewaluacja funkcjonowania funduszu stypendialnego i proponowanie rozwiązań mających na celu udoskonalanie systemu stypendialnego. ■



ANDRZEJ CIŚŁO

przewodniczący Komisji
Stomatologicznej

Środowisko lekarzy dentystry, pomimo ewidentnego postępu stomatologii w naszym kraju, stanęło – jak się zdaje – na progu pewnej wytrzymałości na brak refleksji władz nakładających coraz to nowe wymogi praktykom. Nie ma się czemu dziwić, że skoro zaczynamy pracować nie na siebie, a na samozadowolenie urzędów – krew się burzy. Chcielibyśmy, aby z trwającej już pół roku dyskusji o reformie kształcenia wyniknęło dla nas coś konkretnego. Nie jesteśmy biernymi obserwatorami, zgłaszamy konkretne i chyba przemyślane projekty zapisów. Naczelnym wyzwaniem, a zarazem kluczem do sukcesu, będzie przekonanie naszego otoczenia, że jeśli stomatolodzy chcą coś wyodrębnić, zastrzec lub zagwarantować dla siebie, to nie z narcystycznej chęci zaznaczenia odrębności, ale dlatego, że czasem inaczej się po prostu nie da. ■



**MARIUSZ
JANIKOWSKI**

przewodniczący Komisji
ds. Egzaminów z Języka
Polskiego dla Lekarzy
Cudzoziemców

Naszym zadaniem na ten rok jest tak organizować egzaminy dla lekarzy obcokrajowców, aby móc ich przeegzaminować w jak najkrótszym czasie. Kolejka zdających jest bowiem coraz dłuższa, do niedawna egzaminowaliśmy raz w miesiącu, a obecnie praktycznie prawie co tydzień. Do każdego egzaminu przystępuje 20 osób, a odsetek tych, którzy nie zdali, wynosi 20 proc. Dla członków komisji to ogromne, logistyczne wyzwanie. ■

Obecnie najważniejsze jest dla nas ujednolicenie systemu przepływu finansów między okręgowymi radami lekarskimi i Naczelną Radą Lekarską, dlatego planujemy prowadzenie szeroko zakrojonych szkoleń w tym zakresie. Zamierzamy też objąć ścisłym nadzorem sposób, w jaki środki finansowe są wykorzystywane. Chodzi nam o to, aby wypracować takie rozwiązania, które w czytelny sposób pokażą, czy pieniądze ze składek wracają do środowiska, i w jakiej formie. ■



**DARIUSZ
HANKIEWICZ**

przewodniczący Komisji
Finansowo-Budżetowej



**KAZIMIERZ
KŁODZIŃSKI**

przewodniczący Komisji
ds. Lekarzy Emerytów
i Rencistów

Dotychczas zajmowaliśmy się aktywizacją lekarzy po przejściu na emeryturę, a obecnie potrzebne są działania prewencyjne, zapobiegające przedwczesnym przejściom lekarzy na emeryturę. Ponieważ brakuje lekarzy, rośnie liczba osób wykonujących ten zawód po 70. r.ż. Mają oni tak cenne dziś doświadczenie zawodowe, ale często trudno im odnaleźć się w skomplikowanej rzeczywistości, w której muszą biegłe posługiwać się komputerem i poruszać w gąszczu przepisów czy wymagań stawianych przez płatnika. Jako komisja chcemy im w tym pomóc, zatem punkt ciężkości naszych działań w tym roku przesunęliśmy się w tym kierunku. ■

W związku ze zmianami, jakie mają nastąpić w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, naszym głównym zadaniem na ten rok jest ustosunkowanie się do nich w części dotyczącej kształcenia, np. zasad odbywania specjalizacji, wynagrodzeń za ich prowadzenie, zasad zdawania egzaminów specjalizacyjnych. Nasze uwagi mają kluczowe znaczenie w kontekście zapowiadanego przejęcia przez izby lekarskie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystry. Dużym wyzwaniem jest współudział w przygotowaniu nowych programów specjalizacji w poszczególnych dziedzinach medycyny. ■



JANUSZ KŁOCZKO

przewodniczący
Komisji Kształcenia
Medycznego



**TOMASZ
ROMAŃCZYK**

przewodniczący Komisji
Legislacyjnej

Największym wyzwaniem w tym roku jest dla nas nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Chodzi nam o wypracowanie jednolitego stanowiska całego środowiska lekarskiego na temat projektu tego dokumentu. Nasze opracowania mają nieco szerszy kontekst niż ten, który zaproponowała ministerialna komisja, pracująca nad tym projektem. Na zlecenie NRL chcemy też przyjrzeć się prawu izbowemu i aspektom działalności lekarzy w tym zakresie, a także bezpieczeństwu wykonywania zawodu lekarza. ■

W tym roku mamy do zrealizowania dwa główne zadania. Pierwsze dotyczy regulacji ministra zdrowia związanej z dokumentem prawa wykonywania zawodu lekarza. Dokument ten traci ważność z 2020 rokiem i praktycznie nie będziemy mieć podstawy prawnej, aby móc go wydawać lekarzom. Drugim ważnym celem jest wdrożenie we wszystkich izbach okręgowych nowego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystry, przeprowadzenie szkoleń w tym zakresie i przygotowanie nowych funkcjonalności rejestru. Poza tym czeka nas przygotowanie samorządu do przejęcia przez okręgowe izby obowiązku organizowania kształcenia podyplomowego. ■



MARIUSZ MALICKI

przewodniczący Komisji
Organizacyjnej



**JAROSŁAW
WANECKI**

przewodniczący
Komisji Kultury

Poza pracą zawodową, w bardzo szerokim zakresie lekarze i lekarze dentyści są samodzielnymi twórcami i wymagającymi odbiorcami kultury wysokiej. Samorząd, współfinansując koncerty, konkursy, wernisaże, warsztaty i literaturę, stara się pomagać utalentowanym, odbudowując wizerunek lekarza humanisty na zewnątrz. Komisja Kultury wypełnia swoje zadania, napotykając okresowo na opór, także wśród wpływowych działaczy. A przecież promowanie dorobku lekarzy należy do naszych obowiązków. Sztuka lekarska (w technikach leczniczych i dziełach kultury) to ślad, który pozostanie po nas na dłużej. ■

W tym roku chcemy, by słowo „rekreacja” w nazwie komisji nie było tylko nazwą imprez o takim charakterze (tzn. rekreacyjno-integracyjno-towarzyskim, np. rajdy: piesze, rowerowe, spływy kajakowe itp.), ale by za tym szły również inne działania, których oczekuje środowisko. W związku z jubileuszem 30-lecia izb lekarskich planujemy okolicznościową imprezę sportową. Pracujemy nad stworzeniem listy hoteli, obiektów sportowych, wypożyczalni itp., w których koleżanki i koledzy będą mogli liczyć na zniżki po okazaniu aktualnej pieczęci lekarskiej i mam nadzieję, że taka lista zostanie stworzona już wkrótce. ■



JACEK TĘTNOWSKI

przewodniczący Komisji
ds. Sportu i Rekreacji

W tym roku pracujemy nad analizą opinii, które spłynęły do nas z okręgowych izb lekarskich, dotyczących zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Na tej podstawie mamy ustalić, czy zmieniać kodeks czy nie, a jeśli tak, to w jakim zakresie. Z opinii tych wstępnie wynika, że lekarze nie chcą zmian w KEL, ale widzą konieczność budowy komentarza, który byłby uchwalany na kolejnych krajowych zjazdach lekarzy i stałby się uzupełnieniem kodeksu ułatwiającym pracę rzecznikom odpowiedzialności zawodowej i sądom lekarskim, a także codzienną praktykę lekarza. ■



ANDRZEJ WOJNAR

przewodniczący Komisji
Etyki Lekarskiej

30 LAT ODRODZONYCH IZB LEKARSKICH

Na fali solidarnościowej odnowy

17 maja 1989 r. uchwalono ustawę o izbach lekarskich. Był to ostatni akt legislacyjny Sejmu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej.

TEKST LUCYNA KRYSIAK

Historia izb lekarskich w Europie liczy ponad 150 lat, w Polsce ponad 90 lat. Zawieruchy dziejowe (wojna, rządy stalinowskie) sprawiły jednak, że działalność samorządowa tej grupy zawodowej była zawieszana, likwidowana, unicestwiana. Dopiero 17 maja 1989 r. uchwalono ustawę o izbach lekarskich.

Był to ostatni akt legislacyjny Sejmu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Od tego momentu rozpoczęła się wędrówka reaktywowanego samorządu lekarskiego, który w tym roku obchodzi 30-lecie istnienia. Samorząd w nowej formule wyrósł na fali solidarnościowej odnowy, ponieważ zanim doszło do uchwalenia ustawy o izbach lekarskich, były już próby jego reaktywacji. 12 grudnia 1981 r. w Poznaniu, podczas Ogólnopolskiej Konferencji Lekarzy zwołanej z inicjatywy Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”, podjęto uchwałę o potrzebie reaktywowania samorządu lekarskiego, ale następnego dnia ogłoszono stan wojenny i na realizację tego zamierzenia trzeba było czekać kilka kolejnych lat. Przewodniczącym Sekcji Służby Zdrowia Regionu Mazowsze NSZZ „Solidarność” był wówczas Wojciech Maksymowicz, obecnie prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Jak zaznaczał

wielokrotnie, „Solidarność” była wtedy czymś więcej niż związkiem zawodowym. – Powierzono mi zorganizowanie kampanii wyborczej do pierwszych wyborów NRL i wiadomo było, że nie możemy ich przegrać – sięga pamięcią do tych czasów prof. Maksymowicz. Wspierali go w tym m.in. Antoni Bilewicz, działacz podziemia solidarnościowego, senator Zofia Kuratowska, Bożena Pietrzykowska, Ewa Wolak, Anna Grędziać, Jerzy Moskwa. Profesor podkreśla, że to byli lekarze działacze o wyrazistych poglądach i zaznacza, że wprawdzie demokratyzacja kraju już się rozpoczęła, trzeba było dopilnować, aby na listach znalazły się osoby niezwiązane z poprzednim systemem.

PIERWSZE POSIEDZENIA

19 czerwca 1989 r., na wniosek Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Zrzeszenia Polskich Towarzystw Lekarskich oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Rada Państwa powołała Komitet Organizacyjny Izb Lekarskich. Sukcesem środowiska było, że w jego składzie przeważały osoby wytypowane przez lekarskie gremia solidarnościowe. – Na początku nie było to takie oczywiste, ale ruch solidarnościowy był na tyle silny, że udało nam się przełamać nasze kandydatury i przejąć inicjatywę – komentuje to wydarzenie Bożena Pietrzykowska,

która wówczas jako młoda lekarka, obok prof. Chruściela, znalazła się w gronie Prezydium KOIL i pełniła tam funkcję sekretarza. Dodaje, że wtedy nie chodziło o związkowe postulaty, mimo że lekarze zarabiali średnio 120 dolarów miesięcznie, a o stworzenie organizacji lekarskiej, która sprawowałaby nadzór nad wykonywanym przez siebie zawodem i mogłaby o sobie samostanowić. Mówi, że nie zapomni zaskoczenia na twarzach postpeerelowskiej grupy lekarzy, którzy byli przekonani, że to oni znajdą się w większości w Komitecie Organizacyjnym Izb Lekarskich i będą nadawać ton działaniom reaktywowanego samorządu.

Posiedzenie inauguracyjne KOIL odbyło się 6 lipca 1989 r. Jego przewodniczącym został prof. Jacek Zochowski, a wiceprzewodniczącymi dr Adam Czarnecki, prof. Włodzimierz Józefowicz, dr Jerzy Moskwa, prof. Władysław Nasiłowski. W Polsce było wtedy 49 województw i 11 uczelni medycznych. Na posiedzeniu tym zdecydowano, że do czasu zjazdu krajowego KOIL-e powstaną w ośrodkach akademickich (11) i poza nimi (3; wojskowa, MSW i kolejowa). W książce „Kronika Izb Lekarskich w Polsce” autorstwa Zygmunta Wiśniewskiego Jerzy Moskwa wspomina ten czas jako burzliwy i chaotyczny. Nadrzednym celem komitetu było wówczas sprawne i szybkie przeprowadzenie wyborów do władz poszczególnych



izb okręgowych i zorganizowanie zjazdu krajowego. Najwięcej emocji wywołały wówczas spory dotyczące podziału terytorialnego oraz kryterium wyboru delegatów. – Często ambicje brały górę nad rozsądkiem, a spory wynikały z nieznamomości istoty samorządu zawodowego – podkreślał Jerzy Moskwa. W jej zrozumieniu pomógł list prof. Ewy Łętowskiej, ówczesnego Rzecznika Praw Obywatelskich, która wyjaśniała, że izby lekarskie to korporacja prawa publicznego, której administracja przekazała część swoich uprawnień. List stał się dla środowiska lekarskiego drogowskazem, którym posługuje się do dziś.

I KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

I KZL odbył się 10-12 grudnia 1989 r. w Warszawie. Był wydarzeniem na skalę krajową, które odbiło się szerokim echem także poza środowiskiem medycznym. Towarzyszyły mu wielkie emocje, zwłaszcza że znów pojawiło się zagrożenie w postaci lekarzy z postpeerełowskiego systemu, którzy chcieli zdominować zjazd i objąć kluczowe funkcje we władzach samorządowych. – Stworzyliśmy listy osób, które należy popierać i koledzy się do nich zastosowali – tłumaczy prof. Maksymowicz, któremu w I kadencji przypadła trudna rola sekretarza NRL. Prezesem wybrano wówczas prof. Tadeusza Chruściela, który przeszedł do historii samorządu

lekarskiego jako ten, który organizował struktury NIL, przejmując od administracji państwowej rejestr lekarzy, orzecznictwo oraz wydawanie prawa wykonywania zawodu.

Wyzwaniem było przygotowanie projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej, aktów niezbędnych dla funkcjonowania NIL, zasad kooperacji, współpracy, przepływu informacji oraz pieniędzy. NIL otrzymała jedno z pięter po Komitecie dzielnicowym PZPR przy ul. Grójeckiej. Dr Ryszard Łopuch z Wrocławia, członek KOIL i uczestnik I KZL mówi, że to, co się wtedy działo, przeszło najśmielsze oczekiwania środowiska lekarskiego, ale też od razu otworzyło wszystkim oczy, że samorząd praktycznie nic nie ma i na wszystko musi sam zapracować, o wszystko zabiegać, a nawet walczyć. – Jeden z kolegów delegatów na zjeździe każdemu z kandydatów zadawał tylko jedno standardowe pytanie: „czy należał do PZPR?”. To był dowód na to, jak bardzo obawialiśmy się powrotu do starych struktur, wiedząc, że w dopiero rodzącej się demokracji wszystko jest możliwe – opowiada Ryszard Łopuch.

Nie sposób nie wspomnieć o stomatologii, która broniła się, aby wspólnie z lekarzami tworzyć samorząd, ale Polskie Towarzystwo Stomatologiczne było przekonane o słuszności tego mariażu. Dotąd dentyści nie tworzyli odrębnej korporacji zawodowej, wyjątkiem była

Lwowska Izba Lekarska, w której mieli własną sekcję. Kiedy na I KZL podjęto decyzje gwarantujące proporcjonalny w stosunku do liczby członków udział lekarzy dentyistów w ciałach przedstawicielskich i kiedy 30 listopada 1991 r. powołano Komisję Stomatologiczną NRL, stało się jasne, że lekarze dentyści będą z lekarzami tworzyć jeden samorząd.

WCZORAJ I DZIŚ

Ustawa o izbach lekarskich w ciągu 30-letniej historii ewoluowała i wciąż ewoluuje. Dr Marek Stankiewicz, kierownik Ośrodka Historycznego NRL, który także był uczestnikiem formowania się samorządu lekarskiego po reaktywacji, przypomina, że dziś już niewiele osób pamięta, iż pierwsze składki na izby lekarskie w 1989 r. stanowiły 2 proc. zasadniczego wynagrodzenia lekarza. – Gdyby dziś obowiązywała ta zasada, zrobiłby się taki zgłówek w środowisku, jaki trudno sobie wyobrazić – zaznacza dr Stankiewicz i dodaje, że z biegiem czasu zmieniały się także zadania izb wynikające z ustawy. Sukcesywnie się one rozrastają, a samorząd lekarski przejmuje coraz większy pakiet spraw dotyczących wykonywanego przez nich zawodu, jak ostatnio np. w zakresie kształcenia podyplomowego. – To odpowiedź na tak często zadawane przez lekarzy pytanie, po co nam izba lekarska i jakim celem ma służyć – podsumowuje dr Stankiewicz. ■

Ikony odrodzenia samorządu:
profesorowie
Tadeusz Lesław
Chruściel
i Zbigniew Chłap.

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Święto Polonii lekarskiej w Gdańsku

C oraz bliżej do największego spotkania lekarzy i lekarzy dentystów pochodzenia polskiego z całego świata. Tegoroczny, jubileuszowy X Kongres Polonii Medycznej i III Światowy Zjazd Lekarzy Polskich odbędzie się w terminie 29 maja – 1 czerwca w Gdańsku. Kongres organizowany jest przy współpracy NIL, gdańskiej OIL oraz Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych. „Gazeta Lekarska” objęła patronat medialny nad tym wydarzeniem.

– Zapraszam do poparcia i wzięcia udziału w X Kongresie, na którym w życzliwej atmosferze i we wspaniałym miejscu można będzie dowiedzieć się o najnowszych postępach techniki w służbie



medycyny oraz o tym, co oznacza być Polakiem i lekarzem w Chicago, Monachium, Gdańsku, Łucku czy Kiszyniowie – zachęca

Janusz Kasina, prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych (pełna treść listu z zaproszeniem do udziału w kongresie na www.gazetalekarska.pl).

To będą cztery dni obfitujące w liczne wydarzenia o charakterze naukowym, kulturalnym i integracyjnym. Spotkanie przebiegać będzie pod hasłem „Postęp techniczny w służbie medycynie”, ale nie zabraknie też sesji dotyczących etyki i deontologii w pracy lekarza, a także działania medycznych organizacji polonijnych. Organizatorzy chcą także podjąć dyskusję nad nawiązaniem międzynarodowej współpracy naukowej lekarzy polskich pracujących na całym świecie. Szczegółowe informacje na www.poloniamed2019.pl. ■



Odznaczenia dla współtwórców bielskiej onkologii

Jadwiga Zygułska i Ireneusz Zygułski (pośmiertnie) zostali wyróżnieni „Odznaczeniem za nadzwyczajne osiągnięcia medyczne”, nadawanym przez Beskidzką Izbę Lekarską. Wręczenie odznaczeń odbyło się 18 grudnia 2018 r., w czasie uroczystego posiedzenia ORL beskidzkiej izby.

Małżeństwo Zygułskich współtworzyło bielską onkologię i radioterapię. W 1987 r. przeprowadzili się do Bielska-Białej z zamiarem utworzenia w tym

mieście ośrodka onkologii. Jadwiga Zygułska przeszła z końcem 2018 r. na emeryturę, jej mąż Ireneusz zmarł niespodziewanie kilka miesięcy wcześniej. „Jadwiga i Ireneusz nigdy nie przeszli obok ludzkiej krzywdy. Z cierpliwością i oddaniem traktowali każdego pacjenta, a swoim młodszemu kolegom nigdy nie odmawiali pomocy, wsparcia i dobrej rady” – pisze Ewa Chudyba na łamach „Medyka Beskidzkiego”, wspominając odznaczonych. ■

Z ironią i humorem

Dolnośląska Izba Lekarska włączyła się w walkę o powszechność szczepień ochronnych. Nie tylko zaangażowała się w akcję zbierania podpisów pod inicjatywą „Szczepimy, bo myślimy”, ale objęła też patronat nad projektem gry karcianej „Antyszczepionkowcy.biz”. Jej autorzy, Aleksandra i Kuba Stefaniakowie, postawili na czarny humor i ironię. Nie chcą jednak ośmieszyć ludzi obawiających się szczepień, lecz takich, którzy zarabiają, szerząc pośród innych propagandę i strach. Prototyp można pobrać bezpłatnie na www.antyszczepionkowcy.biz. Więcej informacji w lutowym wydaniu „Medium”. ■

Stulatak z WIL



Załużę tego, że nie pisałem pamiętnika – mówi Jerzy Zwoliński, lekarz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, który właśnie skończył sto lat i radzi lekarzom, by znaleźli czas na spisywanie swojej codzienności i opisywanie miejsc, w których żyją. Stulatak czyta książki historyczne, chodzi regularnie na rehabilitację, przyjmuje gości;

ostatnio przyjął delegację z WIL. – Pomagamy naszym seniorom, odwiedzamy ich, słuchamy wspomnień. To są również dla nas wzruszające chwile – podkreśla prezes ORL WIL Artur de Rosier. „Dwustu lat” można panu doktorowi życzyć poprzez smartfona, którego ma od trzech lat i – jak zaznacza jego córka Zosia – radzi sobie z nim świetnie. ■

Dylematy etyczne w medycynie

Bydgoska Izba Lekarska zaprasza na konferencję „Dylematy Etyczne i Społeczne w Trudnych Sytuacjach Medycznych Początku i Końca Życia”, która odbędzie się w ramach VIII Bydgoskich Dni Bioetycznych. Spotkanie zaplanowano na 13 kwietnia w sali Audytorium CM UMK w Bydgoszczy. Patronat nad wydarzeniem objęli: prezes BIL dr Marek Bronisz, Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Łukasz Chmielowiec i przewodniczący Ośrodka Bioetyki NRL prof. Marek Czarkowski. Wstęp wolny, uczestnik otrzymuje 4 punkty edukacyjne. ■

Ach, co to był za bal!



Gigantyczny krokodyl w holu, pirat u sterów imprezy, księżniczki, rycerze, superbohaterowie i superbohaterki, rozmaite zwierzęta i zawody (m.in. strażak, lekarz, policjant), do tego mnóstwo kolorowych balonów – 1 lutego Śląska Izba Lekarska zamieniła się w bajkowe królestwo. Wszystko za sprawą ponad pięćdziesięciorga

dzieci i wnuków lekarzy i lekarzy dentystów, które bawiły się na balu przebierańców zorganizowanym przez ŚIL. Specjalnymi gośćmi byli policjant Szupek i Miś Zdrowia z Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II w Katowicach, na co dzień pracujący z lekarzami i dodający otuchy chorym dzieciom. ■

Lekarze powstańcy poszukiwani

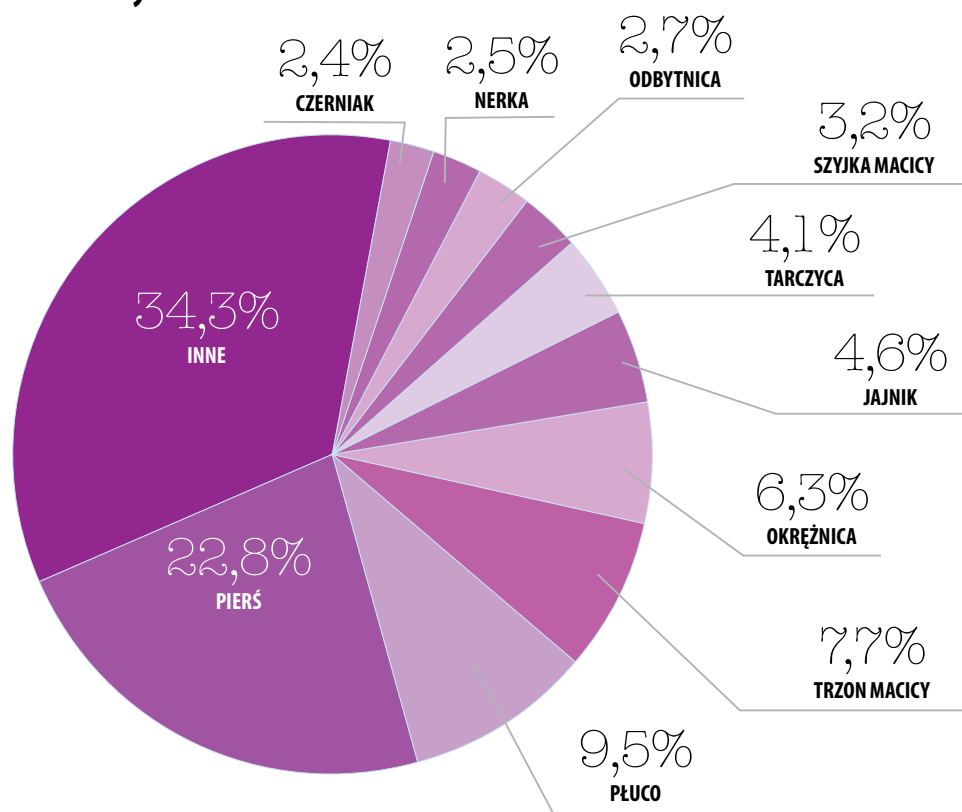
Z okazji zbliżającej się jubileuszowej 75. rocznicy powstania warszawskiego OIL w Szczecinie chciałaby uczcić lekarzy i lekarzy dentystów, którzy walczyli w powstaniu, a potem tworzyli zręby tzw. Służby Zdrowia na Ziemiach Zachodnich. Znane są już nazwiska 25 lekarzy powstańców warszawskich pracujących w Szczecinie. Nie wiadomo jednak, czy ta lista jest kompletna. W związku z tym seniorzy szczecińskiej izby apelują: „Jeżeli wiecie o kimś, kto był powstańcem warszawskim w 1944 r., a potem losy przywiodły go na ziemię pomorza zachodniego i pracował jako lekarz czy lekarz dentysta, może to Wasz przodek, a może sąsiad albo nauczyciel, prosimy o podanie jego danych osobowych do sekretariatu izby, tel. 91 487 49 36 wew. 106, biuro@oil.szczecin.pl”. ■

Struktura zachorowań na choroby nowotworowe w Polsce

Kobiety (2016)

“

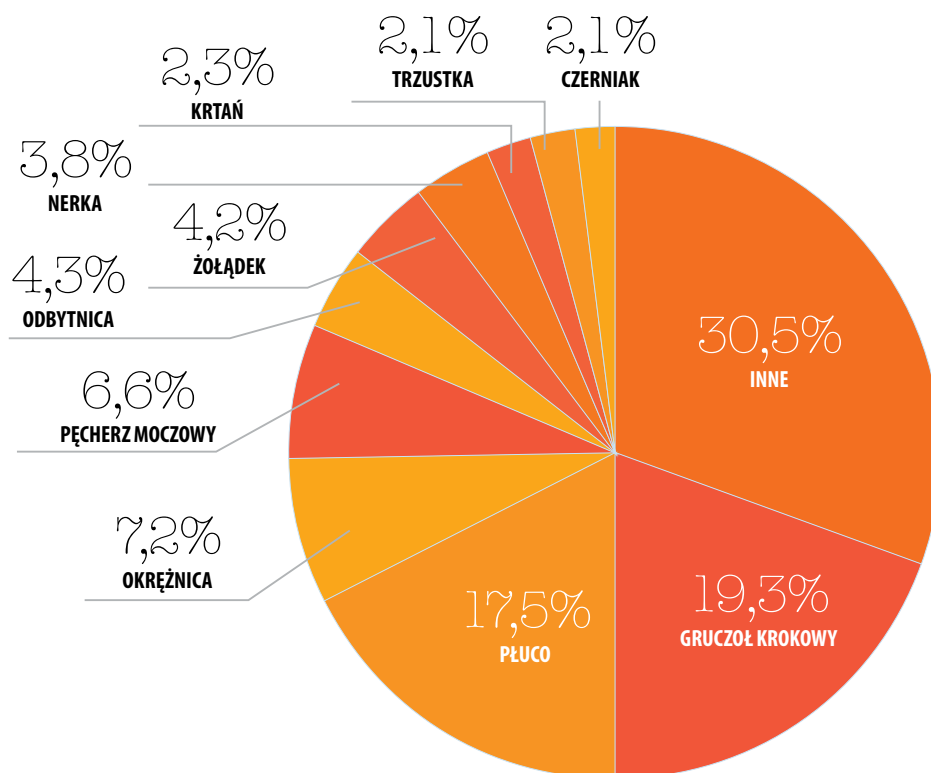
U kobiet
najwięcej
zachorowań
przypada
w grupie wieku
50-74 lata.



Mężczyźni (2016)

“

U mężczyzn
najwięcej
zachorowań jest
między 55. i 79.
rokiem życia.



Źródło: U. Wojciechowska, K. Czaderny, A. Ciuba, P. Olasek, J. Didkowska, „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku”, Warszawa 2018



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Podzielona onkologia

Jeśli chcemy walczyć z chorobami onkologicznymi, to potrzebujemy nakładów, nakładów, nakładów – powiedział prezydent Andrzej Duda, kiedy podczas Światowego Dnia Walki z Rakiem zapytałem, o co chciałby zaapelować do lekarzy.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Wprawdzie w projekcie ustawy o Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO), skierowanym przez prezydenta na początku tego roku do sejmu, nie ma konkretnych źródeł finansowania (mają znaleźć się dopiero w strategii), ale to dobrze, że głowa państwa wspiera apele środowiska lekarskiego o zwiększenie puli środków na leczenie nowotworów.

Choroby onkologiczne stanowią drugą co do wielkości przyczynę śmierci Polaków. W ostatnich trzech dekadach odnotowano ponad dwukrotny wzrost zachorowań, a szacunki mówią, że w perspektywie 10 lat liczba pacjentów onkologicznych może wzrosnąć nawet o 28 proc. Jeśli nic się nie zmieni, szpitale się zatkają.

RZĄD PRZYJMIJE STRATEGIĘ

4 lutego w Belwederze zorganizowano seminarium „Wspólnie o onkologii”, podczas którego przez kilka godzin eksperci przedstawiali założenia Narodowej Strategii Onkologicznej. Przysłuchujący się dyskusji prezydent Andrzej Duda powiedział, że onkologia, jako jedna z najważniejszych dziedzin współczesnej medycyny, wymaga dużego zaangażowania

finansowego i instytucjonalnego ze strony państwa. To ważna deklaracja głowy państwa. Czy pozostanie tylko deklaracją? Celem NSO ma być przede wszystkim obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe, zmniejszenie umieralności z ich powodu oraz poprawa jakości życia chorych i ich rodzin. Obejmować będzie lata 2020-2030. Strategię ma przyjąć Rada Ministrów, koordynacją działań w niej zapisanych zajmie się minister zdrowia. Do 30 września ten ostatni przedstawi rządowi strategię wraz z harmonogramem jej realizacji. Dokument opracuje ministerialny zespół, w którego składzie znajdą się m.in. reprezentanci Narodowego Funduszu Zdrowia, Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, po jednym przedstawicielu towarzystw onkologicznych oraz reprezentanci organizacji zrzeszających pacjentów onkologicznych. To rząd będzie podmiotem odpowiedzialnym za przyjęcie strategii.

JAK JEST TERAZ?

To nie jest pierwszy tego typu dokument dotyczący polskiej onkologii. Od kilkunastu lat zarządzanie strategiczne onkologią odbywa się w oparciu o Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. W połowie 2014 r., z inicjatywy ówczesnych władz Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, po trzech latach prac, powstała „Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024” pod kierunkiem prof. Jacka Jassemę. Była efektem współpracy niemal 200 ekspertów, przedstawicieli towarzystw naukowych i organizacji pozarządowych z administracją państwową. Dokument został zaktualizowany w połowie 2017 r. na prośbę ministra Konstantego Radziwiła. Część onkologów, w tym również niektórzy z ekspertów zaangażowanych w prace



zespołu prof. Jassemę, uznaje tamten „cancer plan” za dobry punkt wyjścia do dalszych prac, ale podkreśla, że wymaga aktualizacji, że jest zbyt szczegółowy, że nie jest dostatecznie rozpisany na działania. Prof. Jassem w liście otwartym do prezydenta Dudy zaapelował, by

nie zaczynać prac nad strategią od nowa, szybko zrobić plan wykonawczy i zacząć wdrażać to, co już jest. „Walka z rakiem w Polsce i na świecie ma uniwersalny charakter. Nie ma zatem potrzeby rozpoczynania na nowo kosztownych i pracochłonnych prac nad kolejnym polskim

„cancer planem”, byłoby to zmarnowaniem ogromnego społecznego wysiłku wielu osób oraz dotychczasowych działań państwa” – napisał onkolog, dodając, że konieczne jest sporządzenie planu wykonawczego dla tego projektu, co pozwoliłoby znacznie przyspieszyć jego wdrożenie. ■

4 lutego, seminarium „Wspólnie o onkologii” z udziałem prezydenta Andrzeja Dudy w Belwederze.

Onkozmiiana

Pilotaż sieci onkologicznej zwiastuje duże zmiany w zakresie organizacji leczenia na terenie całego kraju, na których jedni zyskają, a inni tracą i m.in. z tego powodu trudno o konsensus.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**

W ramach pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) jaskółki zmian w onkologii zaczynamy obserwować w dwóch województwach, a w ciągu 3-4 miesięcy zobaczymy je w kolejnych regionach. – Przymierzamy się do woj. podlaskiego i pomorskiego, może do kujawsko-pomorskiego – mówi minister zdrowia prof. Łukasz Szumowski, zastrzegając, że w wyniku analiz wybór może ostatecznie paść na inne regiony. Docelowo sieć zacznie obowiązywać na terenie całego kraju. Pilotaż KSO ruszył 1 lutego w woj. dolnośląskim i świętokrzyskim. – Dla mnie to historyczny dzień – powiedział dyrektor Świętokrzyskiego Centrum

Onkologii prof. Stanisław Góźdź w dniu inauguracji pilotażu. Jego placówka jest wojewódzkim ośrodkiem koordynującym. Do pilotażu przystąpiło w woj. dolnośląskim 13 ośrodków (w tym wojewódzki ośrodek koordynujący, 5 ośrodków pierwszego poziomu, 7 ośrodków drugiego poziomu), a w woj. świętokrzyskim w pilotażu uczestniczą po jednym: wojewódzki ośrodek koordynujący, ośrodek pierwszego poziomu, ośrodek drugiego poziomu. „Pilotaż nie buduje hierarchicznego podporządkowania, za to zobowiązuje podmioty na różnych szczeblach referencyjności do współpracy, co jest nowością w dotychczasowej organizacji opieki

onkologicznej” – informuje rzecznik prasowy ministra zdrowia Sylwia Wądrzyk.

NA RAZIE JEST DOBROWOLNOŚĆ

Udział w pilotażu jest dobrowolny. W Świętokrzyskiem z takiej możliwości nie skorzystał Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze, bo – jak tłumaczy dyrektor Youssef Sleiman – skutkowałoby to tym, że lekarze torakochirurdzy i pulmonolodzy z wieloletnim doświadczeniem w leczeniu raka płuca wykonywaliby polecenia ŚCO lub szpitala w Starachowicach. – Nie możemy się zgodzić

“

W najbliższych latach dojdzie do centralizacji chirurgii onkologicznej oraz decentralizacji leczenia chemio- i radioterapią.

na to, aby nasi pacjenci byli leczeni według wskazań ośrodków posiadających niewielkie doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu nowotworów płuca – powiedział. Cel KSO jest ambitny: nowa organizacja opieki ma poprawić wyniki leczenia, a pacjent, niezależnie od miejsca zamieszkania, powinien być leczony równie skutecznie. – Piloż KSO składa się z infolinii dla pacjentów, tworzenia i wprowadzania określonych standardów postępowania, standaryzacji danych oraz sposobu liczenia mierników – wylicza dr hab. Adam Maciejczyk, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, a jednocześnie przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Wprowadzono szablony opisów badań histopatologicznych oraz obrazowych, co ma ograniczyć ryzyko błędów i konieczność powtarzania badań. Określono schematy postępowania z pacjentami w 5 najczęściej występujących w Polsce nowotworach objętych pilotażem (płuca, piersi, jelita grubego, jajnika, gruczołu krokowego). – W trakcie pilotażu opracowywane są ścieżki pacjentów, by przy diagnostyce i leczeniu wyeliminować te drogi, które wydłużają postawienie prawidłowego rozpoznania – dodaje dr hab. Maciejczyk.

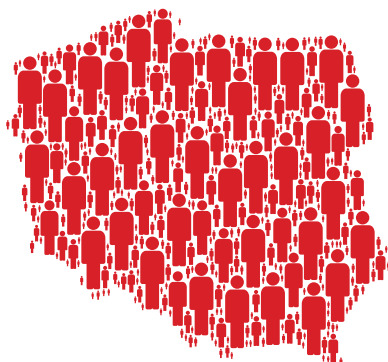
KTO JEST ZA?

W najbliższych latach dojdzie do centralizacji chirurgii onkologicznej oraz decentralizacji leczenia chemio- i radioterapią. Nastąpi odejście od rozproszenia ośrodków zajmujących się chirurgią onkologiczną, bo – na co niedawno zwracała uwagę Najwyższa Izba Kontroli – jakość takiego leczenia jest

niska. NIK ujmuje wprost: oznacza ona m.in. zwiększoną śmiertelność pooperacyjną pacjentów w placówkach niemających dużego doświadczenia w wykonywaniu zabiegów. To zarzut ciężkiego kalibru pod adresem onkologicznego status quo. Dane mówią same za siebie: w 2012 r. leczeniem onkologicznym zajmowało się 806 szpitali, spośród których 98 udzielało świadczeń dla 80 proc. pacjentów. W 2017 r. kontrakt na pakiet onkologiczny posiadało aż 2648 podmiotów. – Na rozproszony system nakłada się brak kontroli jakości świadczeniodawców – dodaje prof. Piotr Czauderna z Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP. W środowisku lekarskim coraz częściej słyży się postulat, by premiować najlepiej wykonaną pracę. Stosunek do planowanych zmian w onkologii wykryalizował się pod koniec zeszłego roku. Stanowisko w sprawie poparcia dla KSO wyrazili m.in. Polskie Towarzystwo Onkologiczne (PTO), Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej oraz Zrzeszenie Centrów i Instytutów Onkologicznych. Obecne władze Polskiego Towarzystwa Onkologicznego popierają koncepcję wprowadzenia Krajowej Sieci Onkologicznej. Zdaniem Zarządu Głównego PTO przeprowadzenie pilotażu sieci pozwoli na uniknięcie błędów, które popełniono przy wprowadzaniu pakietu onkologicznego. „Wprowadzono wówczas dużą reformę onkologiczną w całym kraju, bez uprzedniego przetestowania” – napisano. Onkolodzy od

Głos samorządu

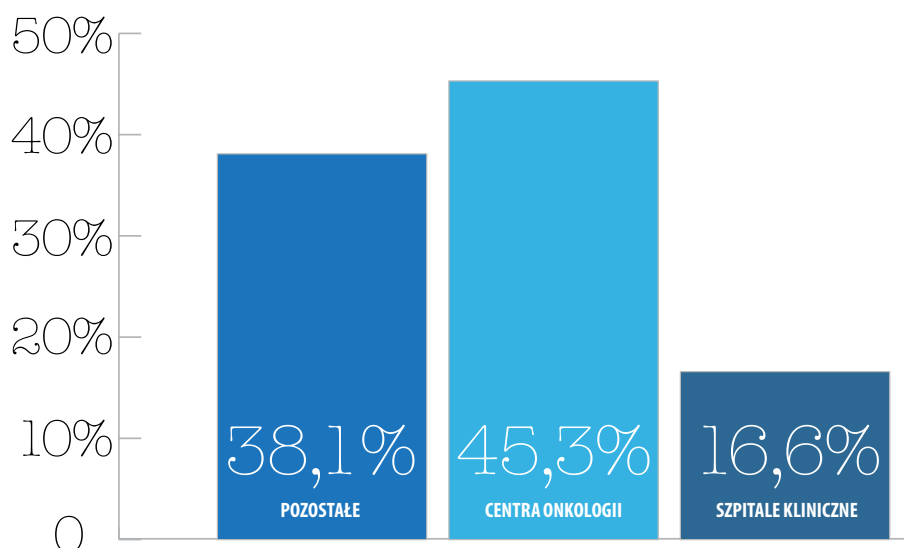
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w stanowisku podjętym 8 lutego w sprawie prezydenckiego projektu ustawy o Narodowej Strategii Onkologicznej poparło zasadnicze cele NSO. Należy je jednak uzupełnić o inne, w tym zapobieganie praktykom niemającym oparcia w aktualnej wiedzy medycznej i ułatwianie chorym na nowotwory dostępu do rzetelnej, zweryfikowanej informacji o metodach zapobiegania, rozpoznawania i leczenia. Zwrócono uwagę, że zawarte w uzasadnieniu projektu ustawy twierdzenia, że dotychczasowe reformy (w tym tzw. szybka ścieżka onkologiczna) nie przyniosły istotnej poprawy sytuacji, wskazują, że przede wszystkim należy doprowadzić do zwiększenia nakładów finansowych oraz zniesienia limitów dla chorych na nowotwory, a nie wprowadzać skomplikowane procedury dostępu do leczenia (jak karta DiLO). Zdaniem samorządu lekarskiego w składzie zespołu mającego opracować strategię powinien znaleźć się przedstawiciel NRL i przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Patologów. Wcześniej, opiniując projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie programu pilotażowego w ramach sieci onkologicznej, zwrócono uwagę na rozbudowaną sprawozdawczość, która będzie wiązała się z koniecznością zatrudnienia dodatkowych pracowników, a tym samym ze znacznym zwiększeniem kosztów dla podmiotu leczniczego. Zdaniem Prezydium NRL wskaźnik korygujący, zwłaszcza dla ośrodków współpracujących, ustalono na zbyt niskim poziomie, a braki kadrowe wśród lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny mogą utrudnić realizację założeń sieci.



PILOTAŻ OBEJMUJE 5 NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH W POLSCE NOWOTWORÓW:

- PŁUCA
- PIERSI
- JELITA GRUBEGO
- JAJNIKA
- GRUCZOŁU KROKOWEGO

Wykonanie całości pakietu onkologicznego w 2017 r. w ramach leczenia szpitalnego



wielu miesięcy tworzyli założenia pilotażu sieci, współpracując z Ministerstwem Zdrowia. Rozdział w środowisku lekarskim na tym tle jest faktem, pokazują to opinie ekspertów poproszonych o komentarz (czytaj na s. 19-20).

KTO JEST PRZECIW?

Wśród krytyków idei pilotażu, jak i szczegółowych założeń KSO, jest niejeden ceniony lekarz. O wstrzymanie prac nad projektem rozporządzenia w sprawie pilotażu sieci onkologicznej apelowały m.in. Polskie Towarzystwo Badań nad Rakiem Piersi, Polskie Towarzystwo Kardiologii i Torakochirurgów, Polskie To-

Onkologicznych, przeciwko m.in. Fundacja Onkologiczna Alivia). Jednym z powodów nie ma nawet w zakresie wprowadzenia koordynatorów, dzięki którym pacjenci w mniejszym stopniu mają być pozostawieni sami sobie, co jest przecież zarzutem ze strony każdego, kto sam leczył się onkologicznie lub otarł się o chorobę nowotworową poprzez rodzinę lub znajomych. Inni mówią, że to zbędne etaty, argumentując, że konieczna jest przede wszystkim szybka diagnostyka i skrócenie kolejek, choć przecież pacjent biegający po omacku od jednego okienka rejestracji do drugiego to kolejki częściowo niepotrzebnie wydłuża. Aby rozpocząć leczenie, nie trzeba zgłaszać się do konsultanta, można przyjąć, tak jak dotychczas, bezpośrednio do placówki. – Obawy co do zwiększonej ilości obowiązków lekarzy po wejściu w życie zmian są nieuzasadnione, ponieważ w pilotażu rozszerzono rolę koordynatorów pacjenta onkologicznego już na etapie diagnostyki, aby przejęli część obowiązków lekarza i zapewнили pacjentowi szybsze i sprawniejsze przejście przez ten etap, prowadząc go niemal za rękę – mówi prof. Góźdz.

IDZIE NOWE

Rozpoczęcie pilotażu zbiegło się ze zmianami w Krajowej Radzie ds. Onkologii. Decyzją ministra zdrowia odwołano z niej profesorów: Jacka Jassemę, Wiesława Jędrzejczaka, Rafała Dziadziuszkę, Piotra Rutkowskiego oraz dr. Janusza Medera. – Jako profesor, który skończył 70 lat, nie jestem zainteresowany żadnym stanowiskiem dla siebie, ale jako potencjalnie chory jestem zainteresowany tym, żeby mieć system, który będzie możliwie najlepiej zaspokajał potrzeby pacjentów – skomentował prof. Jędrzejczak, dodając, że planowana sieć onkologiczna sytuacji nie uzdrowi. Ministerstwu Zdrowia zarzucono, że pozbywa się krytycznie nastawionych naukowców. Pilotaż stanowi tylko jeden z elementów zmian w systemie opieki onkologicznej. Właśnie zakończyły się konsultacje publiczne dotyczące projektu rozporządzenia w sprawie powołania Breast Cancer Units (dokument powinien zostać podpisany przez ministra na przełomie lutego i marca) i trwają prace nad projektem rozporządzenia w sprawie utworzenia Lung Cancer Units. Wszystko ma spinać Narodowa Strategia Onkologiczna (szerzej na ten temat na s. 15-16). ■



Pilotaż stanowi tylko jeden z elementów zmian w systemie opieki onkologicznej.

warzystwo Chorób Płuc czy Polska Liga Walki z Rakiem. Część konsultantów krajowych publicznie wspiera ideę KSO, część ją gani. Podzielone jest środowisko pacjentów (za jest np. Polska Koalicja Pacjentów



**PROF. PIOTR
CZAUDERNA**

koordynator Sekcji
Ochrony Zdrowia
Narodowej Rady
Rozwoju

Sytuacja w polskiej onkologii wymaga pewnego uporządkowania. Z pewnością należy scentralizować chirurgię nowotworów. Sytuacja, w której raki jelita grubego są operowane w blisko 400 ośrodkach, a raki trzustki w około 100, jest patologią i prowadzi do wzrostu liczby powikłań i pogorszenia wyników leczenia, co udowadnia przekonująco literatura medyczna. Jest to również skrajnie nieefektywne kosztowo i kadrowo. Wiele działań, np. z zakresu chemioterapii podawanej w trybie jednodniowym, można by zlokalizować bliżej miejsca zamieszkania chorych, jednak będzie to możliwe tylko wówczas, gdy ktoś będzie koordynował cały proces leczenia. Przypomnę też, że na konieczność uporządkowania sytuacji w zakresie onkologii wskazywały wprost zalecenia Naczelnej Izby Kontroli z 2017 r. Zalecono kompleksową reorganizację systemu i optymalizację jego kosztów. W onkologii dziecięcej udało się to wiele lat temu, oczywiście przy

znacznie mniejszej liczbie leczonych pacjentów. Dzięki bardzo rozbudowanej współpracy wielo- ośrodkowej i wprowadzeniu ogólnie przyjętych standardów, polskie wyniki leczenia nowotworów u dzieci nie odstają od europejskich. Tymczasem polskie wyniki leczenia nowotworów u osób dorosłych, mimo pewnej poprawy, nadal odstają od średniej europejskiej przeciętnie o 5-10 punktów procentowych. Obawy niektórych środowisk związane z pilotażem Krajowej Sieci Onkologicznej wydają się być wyolbrzymione i nieco na wyrost. Obawiano się chyba zdominowania onkologii przez niektóre środowiska (np. wojewódzkie centra onkologii) kosztem innych, np. ośrodków akademickich, czy też przez pewne specjalizacje. Dlatego w trakcie konsultacji społecznych projekt rozporządzenia ministra zdrowia w tej sprawie znacznie zmodyfikowano. Projekt pilotażu nie przewiduje nakazywania przez jedne ośrodki innym, jak konkretnie należy leczyć pacjentów. ■

Z punktu widzenia lekarza Krajowa Sieć Onkologiczna określa przede wszystkim podstawowe standardy organizacyjne koordynacji opieki onkologicznej. Dodatkowo porządkuje standardy jakościowe, które mają zapewnić pacjentom diagnostykę i leczenie zgodne z aktualną wiedzą medyczną, czego wymaga ustawa o prawach pacjenta. Nie było to do tej pory systemowo rozwiązane i mieliśmy do czynienia ze zróżnicowaną jakością udzielanych świadczeń. W ramach standardów organizacyjnych wprowadzono szablony opisów badań histopatologicznych oraz obrazowych, dzięki którym lekarze diagnozujący pacjenta mają jasny schemat postępowania, ograniczają ryzyko błędów i konieczność powtarzania badań. Na kolejnym etapie lekarze wchodzący w skład konsylium otrzymują kompletne opisy badań diagnostycznych, mają pewność co do rozpoznania i mogą

przygotować optymalny plan leczenia. W skomplikowanych przypadkach mają także możliwość konsultacji z ośrodkiem koordynującym lub jednostką specjalizującą się w leczeniu danego nowotworu, np. w raku płuc. Dodatkowo w pilotażu rozszerzona została rola koordynatora (opiekuna) pacjenta onkologicznego, którego włączamy już na etapie diagnostyki, żeby przejął część obowiązków lekarza i zapewnił pacjentowi szybsze i sprawniejsze przejście przez ten etap. Wszystkie wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego zostały opracowane we współpracy z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinach onkologicznych i ekspertami z zakresu pulmonologii, na podstawie amerykańskich i europejskich wytycznych NCCN, EOCO czy ESMO. Dzięki temu pacjenci, niezależnie od miejsca zamieszkania, będą mieli zapewnioną opiekę na tym samym poziomie. ■



**DR HAB. ADAM
MACIEJCZYK**

przewodniczący
Polskiego Towarzystwa
Onkologicznego



PROF. ADAM DZIŃSKI

sekretarz Towarzystwa
Chirurgów Polskich

Pewne założenia Krajowej Sieci Onkologicznej powinny zostać sprawdzone, ale krótki pilotaż nie odpowie na wszystkie pytania. Z pewnością jednak zasilą budżet jednostek, w których się odbywa.

W zakresie nowotworów przewodu pokarmowego założenia pilotażu sieci onkologicznej są bardzo dobre i w przyszłości mogą skutkować poprawą wyników ich leczenia. Założenia dotyczące profilaktyki i diagnostyki też oceniam jako właściwe. W pilotażu moją wątpliwość budzi ocena jakości leczenia, zwłaszcza chirurgicznego. Wiadomo, że poprawnie wykonana operacja decyduje o wyniku leczenia onkologicznego. Czy pomyślano o tym, aby leczenie chirurgiczne prowadziły te oddziały, w których wykonuje się ich odpowiednią liczbę? Wszyscy wiedzą, że

zwykle ilość przechodzi w jakość, choć oczywiście nie zawsze tak się dzieje. Niestety nie przewidziano, aby stworzyć niezależne komisje sprawdzające jakość wykonywanych zabiegów (procent powikłań i nieśmiertelności zespołów, długość pobytu w szpitalu, jakość wyciętego preparatu patologicznego itd.). Powinniśmy przygotować się do powstania Centrów Doskonałości, które będą wykonywać poszczególne operacje, ale – podkreślam jeszcze raz – konieczny jest niezależny audyt, który potwierdzi zdolność konkretnych jednostek do prawidłowego leczenia. Ponadto powinny być ustalone minimalne limity wykonywanych operacji, w przypadku raka jelita grubego na poziomie co najmniej 100 operacji rocznie. Trzeba skończyć z erą, że w każdej wsi można wykonać dowolną operację. ■



**PROF. ANDRZEJ
MATYJA**

prezes NRL

Każde działanie usprawniające system opieki onkologicznej w naszym kraju warto popierać. Niestety, sama poprawa koordynacji nie zwiększy dostępności do leczenia, póki nie wzrośnie ilość środków w systemie. Od wielu lat trwają próby poprawy sytuacji skupiające się wyłącznie na korektach systemowych, ale nie mówi się wiele o zwiększeniu puli środków zagwarantowanych dla opieki onkologicznej. Dobrze wycenione procedury kardiologiczne w zakresie ostrej niewydolności wieńcowej nie wymagały żadnego pakietu czy żadnej strategii. W każdym kraju można stosunkowo łatwo ocenić opiekę onkologiczną. Najlepszym wskaźnikiem jest przeżywalność. Polska znacząco odbiega od innych krajów Unii Europejskiej, ponieważ średnia 5-letnich przeżyć w chorobach nowotworowych wynosi u nas zaledwie ok. 30 proc, podczas gdy w większości krajów Europy to powyżej 40 proc., a w niektórych nawet

50 proc. Współczesne leczenie onkologiczne jest spersonalizowane, często molekularne i dopasowane do charakterystyki histochemicznej nowotworu. Niestety w Polsce nie wszyscy chorzy mogą mieć dostęp do nowoczesnych terapii ze względu na ograniczenia finansowe. Ponadto leczymy pacjentów zazwyczaj w zaawansowanych stadiach choroby, kiedy leczenie jest najdroższe, a jego skuteczność najmniejsza, dlatego działania systemowe trzeba w większym stopniu skierować na edukację i działania prozdrowotne. Wiele mogą zdziałać ministerstwa: sportu, edukacji czy rodziny i polityki społecznej. Także lekarze powinni namawiać pacjentów do większej troski o zdrowie, np. do wykonywania badań profilaktycznych. Myślę, że nie należy koncentrować chorych wyłącznie w instytutach onkologii, ponieważ zwłaszcza w zakresie chirurgii onkologicznej zabiegi wykonują wyspecjalizowane oddziały znajdujące się poza nimi. ■

Krajowa Sieć Onkologiczna ma być hierarchiczną strukturą podporządkowującą jednym świadczeniodawców innym, co stwarza ewidentny konflikt interesu w sytuacji, gdy np. konkurują one ze sobą o kontrakty NFZ czy środki inwestycyjne. Autorzy koncepcji sieci powołują się na podobne rozwiązania za granicą, np. we Francji. Tam jednak zasadniczym i podstawowym elementem struktury walki z rakiem (pojęcia znacznie wykraczającego poza obszar ochrony zdrowia) jest Narodowy Instytut Raka (oczywiście nie jest to szpital) – jednostka koordynująca, kontrolująca i certyfikująca wszystkie podmioty zajmujące się nowotworami w tym kraju. Minister zdrowia słusznie powołał więc Zespół ds. opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii, który jednak nie sprostął zadaniu i w zamian przedstawił koncepcję Krajowej Sieci Onkologicznej. Jej autorzy zapewniali, że właśnie o to chodziło ministrowi. Nie wiem, jak ten system ma podnieść jakość opieki onkologicznej i poprawić wskaźniki epidemiologiczne; spowoduje on wyłącznie dalszą biurokratyzację systemu opieki onkologicznej. Trudno mówić o dobrych stronach pilotażu, skoro cała koncepcja sieci nie ma sensu. Przedstawione mierniki, takie jak liczby udzielonych świadczeń, konsyliów, porad i konsultacji czy odsetek zgonów w ciągu roku od rozpoznania, nijak się mają

do jakości opieki onkologicznej. Nie wskazano żadnych wartości docelowych i zwalidowanych punktów odniesienia, oceny w czasie czy porównań z innymi rozwiązaniami. Do pilotażu wybrano arbitralnie dwa województwa (dolnośląskie, świętokrzyskie), w których koordynację powierzono znajdującym się tam wojewódzkim ośrodkom onkologicznym. Nieprzypadkowo ich dyrektorami są główni autorzy koncepcji sieci, co biorąc pod uwagę finansowe korzyści związane z pilotażem (łącznie jest to horrendalna kwota 48 mln zł) jest po prostu nieetyczne. Trudno oczekiwać, żeby w tych warunkach obiektywnie ocenili oni sieć. Projekt wyraźnie zmierza do skupienia opieki onkologicznej w dużych centrach onkologicznych, choć wiele z nich już obecnie boryka się z wielkimi problemami organizacyjnymi i finansowymi. Jest to także niezgodne z obecnym podejściem do opieki onkologicznej, w którym świadczenia powinny mieć wysoką jakość, ale i dostępność możliwie blisko miejsca zamieszkania chorego. Kiedy słyszę, że dzięki pilotażowi chory będzie miał możliwość telefonicznego umówienia wizyty lub uzyskania terminu rozpoczęcia leczenia, ogarnia mnie pusty śmiech. Przykro mi to powiedzieć – nie mam wątpliwości, że jedyną motywacją forsowania tego projektu mimo zmasowanej krytyki jest uzyskanie dodatkowych środków przez jego pomysłodawców. Chorzy nie odniosą żadnych korzyści. ■



**PROF. JACEK
JASSEM**

prezes Polskiej
Ligi Walki z Rakiem



**PROF. WALDEMAR
PRIBE**

MD Anderson
Cancer Center

Równoległe ze zmianą podejścia do pacjentów należy podkreślić konieczność uruchomienia prawdziwych badań podstawowych w dziedzinie raka. Znakomici naukowcy są, ale nie ma jednej instytucji, która na światowym poziomie pokrywałaby różne dziedziny badań podstawowych. Uważam, że w strategii [chodzi o Narodową Strategię Onkologiczną – przyp. red.] i nowym podejściu do onkologii w Polsce powinno się znaleźć miejsce na powołanie Środkowoeuropejskiego Instytutu Badań nad Rakiem, który nie zajmowałaby się leczeniem, lecz właśnie badaniami podstawowymi. Byłoby to centrum referencyjne, gdzie naukowcy z różnych instytucji, w tym także np. z Białorusi czy Ukrainy, mogliby napisać grant fundowany przez Agencję Badań Medycznych. Może warto pomyśleć, byśmy byli liderem w dziedzinie onkologii?

Instytut może taką rolę spełniać. Dobrze by było, żeby nowe odkrycia w leczeniu różnych typów raka były w miarę możliwości jak najszybciej implementowane w Polsce. Nowe leki, nowe terapie, nowe kombinacje leków zmieniają się dynamicznie. MD Anderson Cancer Center może pomóc nie tylko w dzieleniu się doświadczeniami, ale również w tym, by onkologia stała się siłą napędową biotechnologii w Polsce. Rozmawiałem m.in. z panem prezydentem Andrzejem Dudą o stworzeniu programu „top one hundred oncologists”, by wytrenować w Stanach Zjednoczonych w okresie pięciu czy więcej lat od 50 do 100 onkologów z Polski. To byłaby nowa generacja ludzi, którzy pociągnęliby naukę na światowym poziomie, mieliby bardzo dobre kontakty, mogliby kontynuować tę współpracę po powrocie do Polski. ■

W PIGULCE

Komisja Europejska
prosi o wyjaśnienia

Ministerstwo Zdrowia przekazało Naczelnej Izbie Lekarskiej pismo Komisji Europejskiej, w którym zawarte są uwagi dotyczące sposobu wdrożenia w polskim prawie niektórych przepisów dyrektywy unijnej w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. Ministerstwo zobligowane jest udzielić KE odpowiedzi, dlatego poprosiło NIL (jako organ samorządu zawodowego, stosującego te przepisy) o ustosunkowanie się do kilku zastrzeżeń odnośnie zasad wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty i ich kształcenia.



KE przypomniała, że kształcenie specjalizacyjne polega na pracy lekarza w podmiocie leczniczym, a wobec tego powinno być wynagradzane.

Jedno z nich dotyczy uzyskiwania prawa do tzw. czasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu lekarza w Polsce, czyli bez uzyskania PWZ. Lekarz z innego państwa UE, który chce na terenie RP wykonywać zawód czasowo i okazjonalnie, musi zgłosić ten zamiar w okrę-

gowej izbie lekarskiej i przedstawić zaświadczenie, że jest uprawniony do wykonywania zawodu w innym kraju unijnym. Musi też wskazać przewidywane miejsce i czas wykonywania tego zawodu w Polsce. – I właśnie do tego zapisu Komisja Europejska ma zastrzeżenia, ponieważ dyrektywa takiego wymogu nie zawiera – informuje Marek Szweczyński, radca prawny NIL. W ocenie samorządu ten wymóg jest jednak zasadny, gdyż pozwala ocenić, czy praca lekarza w Polsce będzie faktycznie miała charakter czasowy i okazjonalny.

KE ma też inne zastrzeżenie: twierdzi, że zgłoszenie takiego zamiaru powinno skutkować tym, że lekarz może w sposób czasowy i okazjonalny wykonywać zawód na całym terytorium państwa. Obecnie, jeśli chce praktykować w różnych miejscach w Polsce, musi to zgłaszać w każdej okręgowej izbie. – Być może trzeba będzie od tego odstąpić – wyjaśnia prawnik.

KE przypomniała też, że kształcenie specjalizacyjne polega na pracy lekarza w podmiocie leczniczym, a wobec tego – zgodnie z dyrektywą – powinno być odpowiednio wynagradzane. Ma zastrzeżenia, że są w Polsce takie formy odbywania specjalizacji lekarzy, które nie przewidują wynagrodzenia za pracę. – Samorząd w pełni popiera to zastrzeżenie i zgadza się z nim – podkreśla mec. Szweczyński. ■

Szkolenia
bez punktów edukacyjnych

Do Zespołu Radców Prawnych NIL wpłynęło zapytanie dotyczące kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie medycyny estetycznej przez przedsiębiorców niewpisanych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe. Odpowiedź zawarta jest w art. 19 ust. 1 i 19a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. – Kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzone przez inne podmioty niż wymienione w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2, jest działalnością regulowaną. Przedsiębiorca, aby wykonywać taką działalność, musi spełniać warunki określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz uzyskać wpis w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzonym przez właściwą izbę lekarską – informuje Małgorzata Brzozowska-Kruczek, radca prawny NIL. ■

ZUS: sprawdzam!

Od początku tego roku pacjenci i renciści mogą być zapraszani na badanie do lekarzy orzeczników także telefonicznie lub mailem. Chorzy do kontroli typowani są losowo, ale ZUS bierze pod uwagę także prośby pracodawców o kontrolę pracownika lub informacje o próbie wyłudzeń zasiłków. Do sprawdzenia ZUS wybiera także zwolnienia nietypowe, np. zbyt długie, wystawione z powodu choroby, która zwykle wymaga znacznie krótszego czasu leczenia.

Co ważne, nie tylko ZUS ma prawo do kontroli osób, które są na „chorobowym”, ale także każdy pracodawca, który zatrudnia więcej niż 20 pracowników. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Składka od emeryta

Czy lekarz emeryt ma obowiązek płacenia składek na rzecz izby lekarskiej?

Okręgowy sąd lekarski (OSL) skazał lekarza emeryta na karę pieniężną w wysokości 1400 zł i dodatkowo obciążył kosztami postępowania sądowego w kwocie 1500 zł za niewywiązanie się z obowiązku płacenia składek na rzecz okręgowej izby lekarskiej od momentu przejścia na emeryturę, co stanowi naruszenie art. 8 pkt. 1 i 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich oraz art. 59 zdanie pierwsze Kodeksu Etyki Lekarskiej.



Obwiniony odwołał się od powyższego orzeczenia do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL), wnosząc o uniewinnienie. Zarzucił izbie, że wezwanie do zapłacenia składek otrzymał dopiero po blisko 2 latach, wskazał także na niewspółmierność orzeczonej kary finansowej w stosunku do emerytury, ponadto uznał, że nie popełnił wykroczenia zawodowego, bo nie był świadomy obowiązujących

przepisów prawnych, uważając, że samo przejście na emeryturę zwalnia z płacenia składek.

NSL zmienił zaskarżone orzeczenie OSL w zakresie kary, i za czyn opisany w części wstępnej wymierzył mu karę upomnienia, a ponieważ obwiniony wpłacił zaległe składki (po korekcie ich wysokości), kosztami postępowania obciążył Skarb Państwa. ■

KOMENTARZ



JACEK MIARKA
przewodniczący NSL

Uchwała nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r. ustala wysokość składki miesięcznej na 60 zł. Zwolnienie z opłacenia składki uregulowane zostało w paragrafie 3 i obejmuje tylko 3 przypadki, a mianowicie gdy lekarz:

- 1) ukończył 75 lat,
- 2) został skreślony z rejestru członków okręgowej lub wojewódzkiej izby lekarskiej,
- 3) złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych z wyłączeniem renty lub emerytury. Zwolnienie w pkt. 3 ma charakter czasowy i przysługuje tylko na okres nieosiągania przychodu.

Sprawę składek członkowskich lekarzy rozpoznawał także w ramach kasacji Sąd Najwyższy. Postanowieniem z dnia 11 lutego 2016 r. w sprawie SDI 71/15 SN uznał, że członkowie izb lekarskich mają obowiązek stosowania się do uchwał organów izb lekarskich i przestrzegania zasad etyki lekarskiej, a zawinione nieopłacanie składek na rzecz samorządu stanowi naruszenie art. 59 zdanie pierwsze KEL.

W omawianej powyżej sprawie NSL złagodził znacznie wymiar kary w związku z tym, że dał wiarę wyjaśnieniom lekarza o nieświadomości popełnionego przewinienia, aczkolwiek brak znajomości prawa nie zwalnia z jego przestrzegania, ale zdecydowała także postawa lekarza przed sądem i udokumentowanie zapłacenia zaległych składek.

Natomiast w przypadkach lekarzy pracujących i osiągających dochody, w tym także za granicą, zasądza się wysokie kary pieniężne i coraz częściej okresowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu. ■

PO ŚMIERCI PACJENTA

Tajemnica lekarska – najnowsze zmiany

9 lutego 2019 r. weszła w życie ustawa zmieniająca ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która kolejny raz na przestrzeni ostatnich lat zmodyfikowała przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej.

TEKST **WOJCIECH IDASZAK**, RADCA PRAWNY NIL

Z uzasadnienia projektu ustawy można wyczytać, że nowelizacja miała za zadanie usunąć wątpliwości, jakie wywoływała poprzednia ingerencja w przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej, która miała miejsce w 2016 r. Opis najnowszych zmian wymaga zatem cofnięcia się do tych dokonanych w 2016 r.

MODYFIKACJE SPRZED DWÓCH LAT

W 2016 r. pomimo wyraźnego, negatywnego stanowiska samorządu lekarskiego, do nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta wprowadzono zapis umożliwiający zwolnienie lekarza z tajemnicy lekarskiej dotyczącej zmarłego pacjenta przez bliską temu pacjentowi osobę. Za osobę bliską uznano: małżonka, krewnego lub powinowatego

do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub wskazaną przez pacjenta.

Możliwość ujawnienia tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta ograniczono jedynie warunkiem, że nie sprzeciwia się temu inna osoba bliska. Regulacje te w żaden sposób nie odnosiły się do wyrażonej za życia woli pacjenta, aby informacji chronionych tajemnicą lekarską nie ujawniać osobie lub osobom bliskim. Oznaczało to, że osoby bliskie były uprawnione do decydowania o ujawnieniu tajemnicy lekarskiej dotyczącej zmarłego nawet, gdy za jego życia nie miały takiego upoważnienia, a nawet gdy pacjent wyraźnie zakazał lekarzowi ujawniania tajemnicy tym osobom. Praktyczny wymiar tych regulacji budził kolejne wątpliwości.

W konsekwencji zmiany dotyczące tajemnicy lekarskiej, jakie wprowadzono do porządku prawnego w 2016 r., istotnie osłabiły ochronę tej tajemnicy. Obawa, że informacje, które pacjent uważa za wstydliwe i którymi nie chce się dzielić z osobami najbliższymi, mogą być po jego śmierci ujawnione przez lekarza, może prowadzić do zatajenia tych informacji przed lekarzem i negatywnie wpływać na proces diagnostyczny i terapeutyczny.

W reakcji na tak istotne osłabienie ochrony tajemnicy lekarskiej Naczelna Rada Lekarska w 2016 r. zaskarżyła te przepisy do Trybunału Konstytucyjnego. Trybunał postanowieniem z kwietnia 2017 r. odmówił jednak nadania wnioskowi Rady dalszego biegu. Powyższe postanowienie zostało przez NRL zaskarżone w kwietniu 2017 r., lecz do dnia



Serdecznie dziękuję za wszelkie wpłaty, dzięki którym możemy pomagać naszym podopiecznym – Koleżankom i Kolegom, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Prosimy o wsparcie nawet bardzo symboliczną kwotą – razem możemy sprawić, że czyjś los choć trochę się odmieni.

Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski: Gdańska, Grodziska Mazowieckiego, Miedzianej Góry, Warszawy, Inowrocławia, Węgorzewa, Legnicy, Nowego Sącza, Tarnowa, Mielca, Żelowa, Czarnkowa.

Szczególne podziękowania kieruję także do wszystkich, którzy przekazali swój 1% podatku na rzecz naszej Fundacji.



Przeznacz swój 1% na Fundację Lekarze Lekarzom

Procedura przekazania 1% podatku jest wyjątkowo prosta: wystarczy, że w składanym zeznaniu rocznym wskażemy organizację pożytku publicznego, którą chcemy wesprzeć. W zeznaniu podatkowym nie trzeba wpisywać nazwy organizacji, której chcemy oddać swój 1%. Wystarczy wpisać w konkretnej rubryce numer KRS Fundacji Lekarze Lekarzom: **0000409693** oraz kwotę, jaką chcemy przekazać.

Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółami działalności Fundacji na fl.org.pl.

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom



Obowiązujące obecnie przepisy wskazują, że spory pomiędzy osobami bliskimi zmarłego pacjenta co do udostępnienia informacji objętej tajemnicą lekarską będzie rozstrzygał sąd.

publikacji niniejszego artykułu TK nie znalazł czasu na jego rozpoznanie.

TAJEMNICA LEKARSKA PO 9 LUTEGO 2019 R.

Regulacja, która weszła w życie 9 lutego 2019 r., jest owocem długotrwałych, bo rozpoczętych w październiku 2017 r., prac legislacyjnych prowadzonych nad tym projektem. W ich trakcie samorząd lekarski zgłaszał liczne uwagi, spośród, których jedynie część została uwzględniona.

Rozwiązania dotyczące ujawnienia tajemnicy lekarskiej dotyczącej zmarłego pacjenta oraz wnoszenia sprzeciwu wobec takiego ujawnienia zostały zmodyfikowane i doprecyzowane. Obowiązujące obecnie przepisy wskazują, że spory pomiędzy osobami bliskimi zmarłego pacjenta co do udostępnienia informacji objętej tajemnicą lekarską będzie rozstrzygał sąd ostatniego miejsca zwykłego pobytu zmarłego pacjenta. Sprawę do tego sądu może również skierować lekarz, w tym także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską. Ustawa określiła ponadto, jakie okoliczności ma badać sąd, rozpoznając sprawy dotyczące udostępnienia informacji objętych tajemnicą lekarską oraz sprzeciwów co do ich ujawnienia. W sprawach tych sąd powinien badać:

- 1) interes uczestników postępowania;
- 2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;
- 3) wolę zmarłego pacjenta;
- 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

Obecne regulacje uznają prawo pacjenta do wyrażenia sprzeciwu wobec udostępnienia po jego śmierci informacji objętej tajemnicą lekarską. Przed wyrażeniem sprzeciwu pacjent ma prawo do uzyskania informacji o skutkach złożenia sprzeciwu. Sprzeciw pacjenta powinien być włączony do dokumentacji medycznej, co oznacza, że powinien przybrać formę pisemną. Sprzeciw ten może jednak zostać przełamany decyzją sądu w dwóch sytuacjach. Sąd

może wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy i określić zakres jej ujawnienia, pomimo sprzeciwu wyrażonego za życia przez pacjenta, jeżeli jest to niezbędne:

- 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta;
- 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

Zastrzeżenia do projektowanych przepisów zgłaszał w tym zakresie zarówno samorząd lekarski, jak i Rzecznik Praw Pacjenta. Niestety głosy te nie zostały w trakcie prac legislacyjnych wysłuchane.

W ten oto sposób, w przepisach dotyczących tajemnicy lekarskiej ponownie kwestie finansowych roszczeń osób bliskich przedłożone zostały nad godność i prawo do prywatności pacjenta, którego wyrazem jest, a w zasadzie powinna być, swoboda decydowania o informacjach dotyczących jego zdrowia.

Istniejąca obecnie możliwość przełamania wyrażonej za życia pacjenta woli, aby osobie bliskiej nie ujawniać informacji objętych tajemnicą lekarską, może być czynnikiem ograniczającym zaufanie pacjenta do lekarza. Pacjent może zacząć selektywnie przekazywać lekarzowi informacje dotyczące swego zdrowia, pomijając te, których ujawnienia nie chciałby w żadnym przypadku. Obawa o taki „mrozący” efekt nowych regulacji jest tym bardziej zasadna, że w myśl tych regulacji pacjent ma prawo do uzyskania informacji o skutkach prawnych sprzeciwu. Oznacza to, że lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta, że jego sprzeciw może, w dwóch wskazanych powyżej sytuacjach, zostać przełamany przez sąd.

Podsumowując, można stwierdzić, że choć ostatnia modyfikacja tajemnicy lekarskiej poprawia niektóre błędy czy luki wynikające z poprzedniej interwencji ustawodawcy, to jednocześnie pozostawia wiele kwestii praktycznych nierozwiązanymi oraz utrzymuje stan istotnego ograniczenia prawa pacjenta do samostanowienia w zakresie dostępu do dotyczących go informacji objętych tajemnicą lekarską. ■

SYSTEM IMI

Mechanizm ostrzegania

Wzrastająca mobilność zawodowa lekarzy powoduje, że coraz więcej osób posiada prawo wykonywania zawodu na terenie kilku krajów Unii Europejskiej.

TEKST PAULINA TOMASZEWSKA, prawnik NIL



Komisja Europejska w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów na terenie całej Unii utworzyła narzędzie, które pozwala na wymianę informacji pomiędzy właściwymi organami poszczególnych państw członkowskich o każdym przypadku zawieszenia lub pozbawienia uprawnienia do wykonywania zawodu albo ograniczenia w czynnościach zawodowych. Tym narzędziem jest tzw. mechanizm ostrzegania działający już od trzech lat w ramach „Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym” (System IMI).

Polskie izby lekarskie z jednej strony wysyłają za pośrednictwem tego narzędzia informacje o lekarzach ukaranych w Polsce, a z drugiej odbierają ostrzeżenia o przypadkach ukarania lekarzy przez uprawnione instytucje lub sądy poza granicami naszego kraju. W 2018 r. OIL otrzymały 1911 takich ostrzeżeń. Każde ostrzeżenie sprawdzane jest pod kątem tego, czy dotyczy lekarza posiadającego

prawo wykonywania zawodu również w Polsce.

Rodzi się ważne pytanie: czy zgodnie z obowiązującymi przepisami za przewinienie zawodowe popełnione za granicą lekarz powinien ponosić odpowiedzialność zawodową również w Polsce? Przykładowo – lekarz A posiada prawo wykonywania zawodu w Polsce i w Wielkiej Brytanii. Wykonując zawód na terenie Wielkiej Brytanii, dopuścił się rażących błędów medycznych, w wyniku czego został pozbawiony prawa wykonywania zawodu przez brytyjski organ – Medical Practitioners Tribunal Service. Za pośrednictwem Systemu IMI informacja o tej karze zostaje przekazana właściwej okręgowej radzie lekarskiej w Polsce. Czy fakt skazania lekarza w Wielkiej Brytanii ma wpływ na możliwość wykonywania zawodu na terenie Polski?

W dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE wprowadzono obowiązek wzajemnego informowania

poprzez „mechanizm ostrzegania” o wskazanych przypadkach ukarania lekarzy na terenie państw członkowskich – trzeba jednak podkreślić, że to jedynie narzędzie pozwalające na przekazywanie informacji. Co zrobić z uzyskaną informacją? Ta kwestia wymaga dookreślenia w krajowych przepisach prawa.

W ustawie o izbach lekarskich, która w rozdziale 5 reguluje kwestie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, nie ma przepisów wprost odnoszących się do możliwości podejmowania działań przez organy samorządu lekarskiego w przypadku ukarania lekarza z polskim prawem wykonywania zawodu przez zagraniczny sąd lekarski. W sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania karnego – czy w opisaney sprawie mogłyby znaleźć zastosowanie przepisy rozdziału 66 k.p.k. dotyczące przejęcia i przekazania orzeczenia państwa obcego do wykonania? W jednej ze spraw prowadzonych przez organy samorządu lekarskiego właśnie w tym trybie, Naczelny Sąd Lekarski skierował do Sądu Najwyższego pytanie prawne, czy dopuszczalne jest przejęcie do wykonania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej przez organy izb lekarskich prawomocnego orzeczenia zagranicznego sądu lekarskiego, wydanego wobec osoby posiadającej w Polsce prawo wykonywania zawodu w drodze odpowiedniego stosowania kodeksu postępowania karnego. Posiedzenie w tej sprawie zostało zaplanowane na 20 marca. ■

1911

Liczba ostrzeżeń odebranych przez okręgowe izby lekarskie w Polsce w 2018 r. w ramach Systemu IMI o przypadkach ukarania lekarzy przez uprawnione instytucje lub sądy poza granicami naszego kraju.



Po śmierci lekarza

Podobno pewne są tylko śmierć i podatki. Ostatnio weszły w życie przepisy, które dotyczą i jednego i drugiego.

TEKST JAROSŁAW KLIMEK, radca prawny OIL w Łodzi

Mowa o ustawie z dnia 5 lipca 2018 r. o zarządzie sukcesyjnym przedsiębiorstwem osoby fizycznej (Dz.U. 2018 r., poz. 1629), która weszła w życie 25 listopada 2018 r. (z dwoma wyjątkami). Ustawa ta reguluje zasady tymczasowego zarządzania przedsiębiorstwem po śmierci przedsiębiorcy, który we własnym imieniu wykonywał działalność gospodarczą na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) oraz kontynuowania działalności gospodarczej wykonywanej z wykorzystaniem tego przedsiębiorstwa. Dotyczy zatem lekarzy, którzy prowadzą praktyki indywidualne czy jednoosobowe podmioty lecznicze lub są współnikami spółek cywilnych prowadzących praktyki grupowe albo podmioty lecznicze.

Ustawa umożliwia ustanowienie zarządcy sukcesyjnego, który prowadzi dalej działalność po śmierci przedsiębiorcy, płynnie i bez zakłóceń, jakie dotąd powstawały w wyniku tego przykrego zdarzenia.

Zarządcę sukcesyjnego powołuje za życia sam przedsiębiorca na piśmie i za zgodą osoby, która tym zarządcą ma zostać. Bezwzględnie konieczne jest też jego wpisanie do CEIDG. Ustanowienie zarządcy następuje wtedy z chwilą śmierci przedsiębiorcy. Drugi sposób to powołanie zarządcy po śmierci przedsiębiorcy przez osoby uprawnione, którymi są: małżonek przedsiębiorcy, który ma udział w przedsiębiorstwie w spadku, spadkobierca (ustawowy, testamentowy), który przyjął spadek, zapisobierca windykacyjny, który przyjął zapis windykacyjny, jeżeli zgodnie z ogłoszonym testamentem przysługuje mu udział w przedsiębiorstwie w spadku oraz osoby, które nabyły spadek. Takie powołanie jest trudniejsze, bo musi nastąpić przed notariuszem. Musi być również zgłoszone do CEIDG i z chwilą wpisu zarządcy zostaje ustanowiony.

Ponieważ prowadzenie praktyki czy podmiotu leczniczego jest działalnością regulowaną, zarządca musi być lekarzem lub zatrudnić osoby będące lekarzami.

Po ustanowieniu musi on złożyć wniosek do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą o zmianę oznaczenia działalności przez dodanie określenia „w spadku” oraz oświadczenie o spełnieniu warunków wymaganych do wykonywania działalności leczniczej. Zarządca sukcesyjny ma na to miesiąc od jego ustanowienia.

Zarządca sukcesyjny działa w imieniu własnym, na rachunek właściciela przedsiębiorstwa w spadku. Kontynuuje on działalność zmarłego przedsiębiorcy, posługuje się dalej jego NIP-em, do faktur podaje dotychczasową firmę z dodatkiem „w spadku”, „przedsiębiorstwo w spadku”. Ma również dostęp do rachunków bankowych związanych z prowadzoną działalnością i może dysponować środkami, które na tych rachunkach się znajdują. Zarządca wykonuje umowy, jakie wcześniej zawarł zmarły przedsiębiorca. Do czasu ustanowienia zarządcy wykonanie umów zostaje wstrzymane - nie nalicza się odsetek i kar umownych, bo terminy spełnienia świadczenia zostają wstrzymane (na maks. 2 miesiące). Jeśli powołanie zarządcy sukcesyjnego nastąpiło przed śmiercią przedsiębiorcy, to nie wygasają umowy o pracę, jakie on zawarł. Jeśli zarządca zostanie ustanowiony po tym fakcie, wymaga się zawarcia porozumień z pracownikami. W zakresie PIT rozliczenia podatków kontynuuje się na dotychczasowych zasadach.

Przepisy ustawy stosuje się również do spółek cywilnych, które mogą wykonywać działalność leczniczą jako grupowa praktyka lekarska lub podmiot leczniczy. Umowa takiej spółki może przewidywać, że spadkobiercy zmarłego współnika wchodzi do spółki, wtedy zarządca sukcesyjny wykonuje prawa i obowiązki spadkobierców jak zmarły współnik (w przypadku praktyki grupowej musi on być lekarzem). Jeśli umowa tak nie stanowiła, a współnik ustanowił zarządcę, to spadkobiercy wchodzi do spółki, chyba że pozostali współnicy sprzeciwiają się temu w 14 dni od zawiadomienia (przy czym ich milczenie oznacza zgodę).

Zarząd sukcesyjny może trwać nie dłużej niż 2 lata od śmierci przedsiębiorcy (sąd może ten okres wydłużyć do 5 lat z ważnych przyczyn). ■





ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

We the Dentists

Ucieczka w patos daje zazwyczaj krótkotrwałe i marne pocieszenie, ale są momenty, kiedy grupa musi jakoś zakomunikować swój stan ducha.

Tak, jak nie każdy dom pomalowany na biało można nazwać Białym Domem, tak nie każda dumna odezwa będzie sławnym „We the People”.

Niemniej, już w poprzednim felietonie zaznaczałem, że groźniejsza od płacowych przez nas rachunków za samozadowolenie urzędów jest, będąca wynikiem złej, politycznej manieri, wizja braku końca tej gonitwy. „My Dentyści” ma być na użytek tego felietonu przejrzystym komunikatem, jaki wynika z naszego oglądu sytuacji, popartego mnóstwem rozmów, listów, zewsząd płynących nalegań, mówiących w zasadzie jednym głosem, że pracowitość, jaką włożyliśmy w budowę i utrzymywanie nowoczesnego potencjału lecznictwa stomatologicznego, wymaga ze strony państwa nie tyle opieki, ile chociażby nie pogarszania warunków prowadzenia działalności. Nie możemy odpuścić postulatu, aby pośród wszystkich przeprowadzanych na nas eksperymentów w postaci wytycznych, okólników, walidacji, harmonogramów, punktów, kolejek i separatorów – gdzie jeszcze znalazło się miejsce na nasz rozwój.

Ostatnio obrazu rzeczy dopełniła sprawa kształcenia, poprzez uświadomienie sobie, że pomimo intensywnych prac nad nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dla samej stomatologii uzysk może się uplasować

poniżej oczekiwań. A tak może być, jeśli nie rozbierze się tego schematu do podstaw i, rekonstruując, nie oprze się go na prostej prawdzie, że aczkolwiek możemy i powinniśmy brać udział w tworzeniu warunków do prowadzenia specjalizacji stomatologicznych, to jednak nie zwalnia to władz publicznych z odpowiedzialności za tę sferę. Pisałem już o tym we wrześniu ub.r. – jeśli nie wyjdzie się w myśleniu o stomatologii poza krzywdzący stereotyp patrzenia na tę dziedzinę jako sprywatyzowaną, a więc niewartą nakładów publicznych, to dalej może być już tylko gorzej. Potrzeby lekarzy i lekarzy dentyistów i ich prawo do ukierunkowanego rozwoju zawodowego są dokładnie takie same, choćby realizacja tego prawa, z uwagi na specyfikę obu grup zawodowych, miałyby być odmienna.

Na bazie i w duchu tych oczywistych prawd spisaliśmy postulat proporcjonalnego wyodrębnienia z puli środków przeznaczonych na kształcenie specjalizacyjne odrębnej puli środków na kształcenie lekarzy dentyistów. Projekt przydaje oczywisty prymat ich spożytkowania rezydentom. To zaś, co nie zostanie wydane na ten zbożny cel, przejdzie na sfinansowanie programu kształcenia ustawicznego, którego beneficjentami mieliby być lekarze dentyści, w kolejności, w jakiej znaleźli się „pod kreską” postępowania kwalifikacyjnego do rezydentury. Ta szczególna forma kształcenia byłaby zaś pod stałym, szczególnym nadzorem merytorycznym NRL. Proste, logiczne, choć zapewne niełatwe do wypromowania.

Ponieważ w formułowaniu prostych i logicznych postulatów nabraliśmy niejakiej wprawy, aby te rozliczne, splecione ze sobą tematy próbować zamknąć, wystąpiliśmy razem z prezesem NRL, prof. Matyją, do ministra zdrowia o zorganizowanie dużej, konkretnej, merytorycznej debaty z udziałem podległych MZ instytucji, z którymi mamy trochę „pootwieranych tematów” (m.in. GIS, NFZ). W którymś miejscu wszyscy uczestnicy tego „wielostronnego przeciągania liny” muszą się spotkać, poznać kondycję zarówno samej liny (ile eksperymentów jeszcze wytrzyma sama stomatologia?), jak i kondycję pozostałych zawodników. Innej drogi chyba nie ma. ■

“

Potrzeby lekarzy i lekarzy dentyistów i ich prawo do ukierunkowanego rozwoju zawodowego są dokładnie takie same.

STOMATOLOGIA

Poradnik Komisji Stomatologicznej NRL

Komisja Stomatologiczna NRL stworzyła proste i przejrzyste wytyczne dotyczące realizacji obowiązków wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE w sprawie rtęci.

Trzy modele, według których podmiot wykonujący działalność leczniczą może wypełnić obowiązki wynikające z rozporządzenia ws. rtęci, można znaleźć na stronie www.nil.org.pl/amalgamat.

KS NRL opracowała również ważne dokumenty, które 25 stycznia przyjęła Naczelna Rada Lekarska:

- stanowisko NRL w sprawie obowiązków lekarzy dentyków, wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE w sprawie rtęci tłumaczącego na gruncie art. 39 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich znaczenie zapisów art. 10 Rozporządzenia UE i sugerującego możliwe sposoby wykonania zapisanych tam obowiązków przy wsparciu władz publicznych;
- apele:



1) do Prezesa Rady Ministrów o decyzję ws. sfinansowania obowiązków nałożonych na placówki stomatologiczne;

2) do ministra zdrowia o uzupełnienie katalogu świadczeń gwarantowanych o świadczenie bezpiecznego usunięcia wypełnienia amalgamatu;

- wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o uznanie jednego z przepisów, który definiuje wzór karty przekazania odpadów, za niezgodny z art. 2 Konstytucji RP. ■

Jak spełnić obowiązki unijne ws. rtęci?

- Model 1. Do czasu podjęcia przez władze publiczne decyzji...
- Model 2. Gabinet inwestujący w instalację separatora amalgamatu...
- Model 3. Gabinet stomatologiczny w regulaminie...



www.nil.org.pl/amalgamat

Antybiotyki w stomatologii są nadużywane

Dostępne są już zaktualizowane rekomendacje w zakresie stosowania antybiotyków w stomatologii.

„Rekomendacje Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków w zakresie stosowania antybiotyków w stomatologii” to jeden z ważniejszych dokumentów, jakie powstały w ostatnim czasie dla lekarzy dentyków. Przygotowujący go eksperci podkreślają, że antybiotyki w stomatologii są bardzo nadużywane, dlatego

należy uznać, że lekarze dentyści są współodpowiedzialni za jeden z największych problemów współczesnej medycyny, czyli gwałtownie narastającą oporność bakterii na antybiotyki.

Przed podjęciem decyzji o podaniu antybiotyku należy zawsze rozważyć bilans potencjalnych korzyści i ryzyka wynikających z jego zastosowania. „Należy z całą mocą podkreślić, iż w profilaktyce zakażeń w stomatologii podstawowe znaczenie ma właściwa higiena jamy ustnej i zachowanie odpowiednich zasad aseptyki i antyseptyki okołozabiegowej, natomiast

w leczeniu zakażeń zębopochodnych – miejscowe leczenie przyczynowe. Stosowanie antybiotyków nie jest substytutem któregośkolwiek z powyższych postępowań” – podkreślają twórcy dokumentu.

Rekomendacje mają ułatwić lekarzom dentydom podjęcie decyzji o wyborze najlepszej strategii postępowania, jednak ostateczne decyzje dotyczące pacjenta zawsze powinny być podejmowane przez lekarza w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem prawnym.

Wytyczne dostępne są na stronie PTS. ■



LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

STOMATOLOGIA

Zgubne skutki słodkiej diety

Obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej [20 marca] będą przebiegać pod hasłem profilaktyki nowotworów jamy ustnej i walki z nadmiernym spożyciem cukru.

© L.KRYSIAK@GAZETALEKARSKA.PL

D o niedawna priorytetem w walce z próchnicą była szczotka do zębów, pasta, nici dentystyczne, a więc wszystko, co jest związane z higieną jamy ustnej.

Dziś już wiadomo, że to nie wystarczy, trzeba zmienić nawyki żywieniowe, ponieważ to cukier zawarty w pokarmach sieje największe spustoszenie. Eksperti twierdzą, że zdrowie jamy ustnej zaczyna się na talerzu i w szklance, gdyż to, co zjadamy i jakie napoje pijemy, decyduje o naszym zdrowiu. Chodzi nie tylko o próchnicę zębów i katastrofalne następstwa

CUKIER FREE

Inaugurując Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej (20 marca), Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, wspólnie z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu, zorganizowało debatę. Jej uczestnicy byli zgodni co do tego, że dieta pozbawiona nadmiernej ilości cukrów prostych to jeden z filarów profilaktyki stomatologicznej dzieci i dorosłych, a wiceprezydent PTS dr hab. n. med. Wojciech Bednarz, specjalista periodontolog podkreślił, że jak wskazują dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz Światowej Federacji Dentystycznej (FDI), w ciągu ostatnich 50 lat spożycie cukru wzrosło trzykrotnie, potwierdzając tym samym powszechną opinię ekspertów, że nadmierna konsumpcja, szczególnie słodzonych napojów, zwiększa nie tylko ryzyko wystąpienia otyłości i chorób jamy ustnej, zwłaszcza próchnicy, ale także chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów i cukrzycy. – Lekarze dentyści posiadają również liczne dowody na to, że nadmiar cukru w diecie negatywnie wpływa na gojenie się ran w jamie ustnej, kondycję naczyń krwionośnych, aparat więzadłowy zębów oraz wgajanie implantów śródkostnych – wylicza Wojciech Bednarz.

Uważa, że potrzebna jest szeroko zakrojona kampania na rzecz uświadczenia społeczeństwu, z jak groźnym przeciwnikiem ma do czynienia. Projektem kumulującym te działania jest – podobnie jak w 2018 r. – kampania „Polska mówi #aaa”.

Dr Lesław Pypec, członek Komisji Stomatologicznej NRL uważa, że profilaktyka w chorobie próchnicowej nie powinna ograniczać się do gabinetu stomatologicznego, choć tutaj najlepiej słycać głos instruujący pacjenta, jak ma dbać o higienę jamy ustnej, jakich produktów unikać, aby oszczędzić zębom próchnicy, a w konsekwencji całemu organizmowi chorób od niej współzależnych. – Za sprawą zaleceń WHO nie mówimy już o próchnicy jako takiej, ale o chorobie próchnicowej, której powikłania wywołują zmiany w przyzębiu, uszkodzanie szkliwa, osadzanie się płytki nazębnej, a znajdujące się tam bakterie przedostają się do krwiobiegu i atakują wiele narządów, dlatego profilaktyka tej choroby powinna wyjść poza gabinet stomatologiczny, do lekarzy ogólnych i specjalistów w swoich dziedzinach: internistów, pediatrów, kardiologów, diabetologów – podkreśla L. Pypec i zaznacza, że

“

Lekarzem pierwszego kontaktu, który ogląda jamę ustną, zawsze jest stomatolog.

tej choroby, ale też nowotwory, których w jamie ustnej wykrywa się coraz więcej. Próchnica bowiem to nie tylko ubytki w zębach, to stany zapalne, które rzutują na cały organizm – pracę układu sercowo-naczyniowego, jelit, trzustki, układu odpornościowego i powstawanie raka.



- 1 Choroby jamy ustnej dotykają 3,9 mld ludzi na świecie.
- 2 Nieleczona próchnica występuje u 44 proc. populacji.
- 3 Kilka lat temu nowotwory jamy ustnej stanowiły 3 proc. wszystkich nowotworów, a obecnie ten odsetek sięga już 5 proc.
- 4 Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych wargi, jamy ustnej i gardła w Polsce (89,5 proc. zgonów u mężczyzn i 92 proc. zgonów u kobiet) występuje po 50. roku życia.



w działania profilaktyczne powinny być zaangażowane media, od których zależy edukacja i poziom świadomości społeczeństwa o tym, że problem zaczyna się od słodzonych napojów i nadmiernego jedzenia słodczy, a kończy na poważnych problemach zdrowotnych.

CZUJNOŚĆ ONKOLOGICZNA

Nadmiar cukru w diecie, prowadzący do próchnicy, ma negatywny wpływ na przebieg leczenia wielu chorób ogólnoustrojowych, w tym raka. Dlatego właściwa profilaktyka nowotworów powinna zaczynać się w gabinecie stomatologicznym i – zdaniem ekspertów – wciąż należy o tym przypominać zarówno pacjentom, jak i lekarzom, a ci ostatni zawsze powinni wykazywać się czujnością onkologiczną. – Odsetek nowotworów jamy ustnej niepokojąco wzrasta, jeszcze kilka lat temu stanowiły one 3 proc. wszystkich nowotworów, a obecnie już 5 proc. – tłumaczy dr Krystyna Chrupczak, specjalista chirurgii stomatologicznej, członek Komisji Stomatologicznej NRL. Zaznacza, że lekarzem pierwszego kontaktu, który ogląda jamę ustną, zawsze jest stomatolog.

Dane epidemiologiczne wskazują, że częstość zgonów będących wynikiem raka wargi, jamy ustnej i gardła jest w Polsce znacznie większa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej. Przeważająca liczba zgonów z powodu tych nowotworów złośliwych (89,5 proc. zgonów u mężczyzn i 92 proc. zgonów u kobiet) występuje po 50. roku życia. – Do stomatologa pacjenci przychodzą przeważnie z konkretnym problemem – leczenie kanałowe, zdejmowanie kamienia czy leczenie protetyczne, nie ma więc za wiele czasu na profilaktykę, ale standardem powinno być obejrzenie całej jamy ustnej przy każdej takiej wizycie. To jedyny sposób, aby wykryć jakiegokolwiek zmiany na błonach śluzowych stanów przednowotworowych – przekonuje K. Chrupczak. Pacjenci, jeśli nawet sami dostrzegą zmiany w jamie ustnej, lekceważą je, ponieważ są niebolesne, nie przywiązują więc do nich należytej wagi. Zdaniem lekarzy dentystów wciąż za mało rozmawia się z pacjentami na temat zależności pomiędzy chorobami jamy ustnej i nowotworami. Tymczasem zaawansowana próchnica i zakażenia jamy ustnej (bakteryjne, grzybicze) mogą prowadzić do stanów zapalnych, które nieleczone

są czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia raka. I znów – stanom tym sprzyja nadużywanie cukrów prostych w pokarmach i napojach.

SPOJRZEĆ WIELOWYMIAROWO

Coraz częściej podkreśla się, że zdrowie jamy ustnej nie może być izolowane od reszty ciała. Ta wielowymiarowość już od kilku lat wybiega się w działaniach związanych z obchodami Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej. Wzorem ubiegłego roku, na oficjalnej stronie kampanii „Polska mówi #aaa” będzie można zgłaszać wszelkie inicjatywy w tym zakresie. Wszystkie zostaną zaprezentowane na interaktywnej mapie. W 2018 r. w projekt aktywnie włączyły się przedszkola, szkoły, praktyki lekarskie oraz instytucje z całego kraju. Organizatorzy kampanii docierali do społeczeństwa m.in. poprzez spot edukacyjny wyemitowany w telewizji oraz kampanię ekranową na dworcach PKP w 10 miastach (blisko 100 tys. wyświetleń), cykl bezpłatnych badań w mobilnych gabinetach, publikacje na łamach mediów ogólnopolskich i branżowych, patronaty medialne, kreacje reklamowe, plakaty i ulotki. Współorganizatorem kampanii była Naczelna Izba Lekarska. ■

Foto: Shutterstock.com



23 marca w Katowicach odbędzie się konferencja „Dehumanizacja medycyny – post scriptum”. Organizatorem jest Śląska Izba Lekarska.

American Heart of Poland zaprasza do udziału w konferencji „Powstrzymać Smog, Wyzwania i Rozwiązania dla Polski”, która odbędzie się **29 marca** w Uzdrowisku Ustron.



STOMATOLOGIA

Pasta na receptę czy recepta na pastę?

Pamiętam z czasów swojego dzieciństwa, które przypadało na przełom lat 70. i 80. ubiegłego stulecia, leżącą na półce w łazience jedną, wspólną dla wszystkich domowników, pastę do zębów w biało-granatowej tubce lub tę, której prawdziwie nie znośiłam z powodu smaku.

TEKST DR N.MED. AGNIESZKA A. PAWLIK

N atomiast różową pastę do zębów dla dzieci, w kolorowym pudełeczku, o smaku przypominającym gumę balonową Donald, którą rozdano nam w szkole z darów pochodzących z za „żelaznej kurtyny” tuż po zakończeniu stanu wojennego, smakowałam z prawdziwą rozkoszą w czasie przerw lekcyjnych, jak każda z moich koleżanek i kolegów z klasy. Zmarnowanie jej do szczotkowania było chyba ostatnim sposobem jej użycia, na który nikt z nas wówczas by sobie nie chciał pozwolić. Pamiętam też swoją pierwszą w życiu pastę nowej ery, będącą wizerunkiem kapitalistycznego dobra luksusowego, której użyłam, będąc już w klasie maturalnej. Była wtedy prawdziwym rarytasem.

Dzisiaj w aptekach, drogeriach i sklepach półki uginają się od przyborów do higieny jamy ustnej. Dziesiątki past do zębów na każdą okazję i dla każdego wieku, smakiem dostosowane do najwybredniejszych gustów, i towarzyszące im płyny do płukania w tęczy barwach. Szczoteczki z wymyślnie ułożonymi pęczkami nylonowych włókien, fantazyjnym kształtem i kolorem trzonków, i te mechaniczne, stosujące różnorodne,

nowoczesne technologie. Są też najróżniejsze nici dentystyczne i szczoteczki międzyzębowe.

Szybka kalkulacja pozwala ustalić, że około 5 zł wydane w miesiącu wystarczy, by zaopatrzyć się w tubkę promocyjnej pasty do zębów i raz na kwartał wymienić szczoteczkę do zębów. To absolutne minimum, aby skutecznie zadbać o zdrowie jamy ustnej.

O skuteczności profilaktyki w stomatologii nie trzeba nikogo przekonywać. Dbanie o zdrowie zębów i dziąseł nie musi dzisiaj kosztować krocie, może się stać prawdziwą przyjemnością i być na tyle skuteczne, że wizyty u stomatologa mogą ograniczyć się do zwykłych kontroli.

Marketingowe analizy polskiego rynku wskazują od szeregu już lat krzywą wzrostową, jeśli chodzi o sprzedaż środków i przyborów do higieny jamy ustnej. Jak jednak ma się to do stanu zdrowia jamy ustnej

Polaków? Wybrane dane mówią, że: 57 proc. trzylatków, 80 proc. 12-latków i prawie 100 proc. dorosłych ma próchnicę. 4 proc. Polaków w wieku 35-44 lata jest bezzębnych i tylko 1,6 proc. z nich ma zdrowe przyzębie.

A marketingowe dane ze sprzedaży past do zębów wskazują, że zużywamy 13 tubek w ciągu roku, z wykorzystaniem około 0,8 szczoteczki na rok. Czy to znaczy, że zamiast szczotkować zęby z użyciem pasty, my po prostu ją... zjadamy (!?). Przeczą, smakujemy, niczym ja sama w dzieciństwie, skuszona kolorem, smakiem i zapachem w szarym, PRL-owskim świecie.

Dowody naukowe warunkujące zdrowie ogólne od zdrowia jamy ustnej nobilitują dzisiaj higienę jamy ustnej do rangi zabiegu stanowiącego element zdrowia publicznego. Czy więc nie warto przemyśleć refundacji choć części kosztów niezbędnych dla profilaktyki stomatologicznej? Recepta na pastę do zębów i szczoteczkę! Pozwoli ona, wraz z konsekwentną i powszechną edukacją używania obu, zaoszczędzić z czasem ogromne pieniądze i w znaczący sposób poprawić zdrowie tak jamy ustnej, jak i ogólne wszystkich obywateli. ■

80%

12-latków ma próchnicę



ANTONINA DOROSZEWSKA

doktor nauk społecznych, p.o. kierownika Studium
Komunikacji Medycznej WUM, pełnomocnik Rektora
ds. Utworzenia Centrum Edukacji Medycznej WUM

KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE

Porozumienie

W Polsce ponad 3 mln osób choruje na cukrzycę. Wczoraj dowiedziała się o tym Julia. Wyszła z gabinetu zapłakana, z poczuciem niezrozumienia, brakiem perspektyw, przekonaniem, że wszystkie jej życiowe plany właśnie legły w gruzach.

Jak to możliwe? Przecież lekarz przekazał wszystkie informacje. Wyjaśnił, na czym polega choroba, szczegółowo powiedział, jak będzie przebiegało leczenie. Zapewnił, że będą się spotykać co jakiś czas na wizytach kontrolnych i na bieżąco rozmawiać o samopoczuciu Julii. Ale Julia nie miała ochoty więcej do niego przychodzić. Dlaczego? Przecież lekarz, u którego była, ma duże doświadczenie w opiece nad pacjentami z cukrzycą.

Choroba to część życia, nie tylko leczenie jest ważne. O tym też lekarz pomyślał i starał się Julię pocieszyć, mówiąc: „Z tą chorobą można żyć. Niech pani się nie martwi, na cukrzycę się nie umiera. Jak będzie pani stosować się do zaleceń, opanujemy chorobę”. Julia, słysząc te słowa, miała ochotę się rozplakać.

Jak to możliwe, że ta rozmowa tak źle zapisała się w pamięci Julii? Przecież lekarz wykorzystał swoją rozległą wiedzę medyczną, by przekazać jej wszystkie potrzebne informacje. Miał też dobre intencje, myśląc o emocjach Julii i starając się ją pocieszyć. Dlaczego więc Julia jest po tej rozmowie zrozpaczona? Pacjentka dowiedziała się właśnie, że będzie chora do końca życia. Nigdy już nie wyzdrowieje, nic nie będzie takie samo. Nawet jeśli, jak mówił lekarz, dostosuje się do zale-

ceń, co pomoże kontrolować objawy, cieniem jej codziennego funkcjonowania będzie choroba. Cukrzyca właśnie wyznaczyła ścieżkę jej życia. Będzie musiała zrezygnować ze swoich planów. Przestać pracować jako dróżniczka. Jej pasją jest wspinanie się. Zawsze marzyła, by zdobyć koronę ziemi. Była już na Mont Blanc i Kilimandżaro. Pozostałych szczytów już nie uda jej się zdobyć. Wymarzonego zawodu nie będzie mogła wykonywać. Dlaczego jednak miałaby tego nie zrobić? Cukrzyca nie musi przekreślać tych planów. Julia jednak tego nie wie. Lekarz skupił się na przekazaniu jej informacji ważnych z medycznego punktu widzenia. Nie poznał myśli i uczuć Julii. Jakie ma obawy, co oznacza dla niej diagnoza. Mówił o leczeniu, zmianie stylu życia, kontrolnych wizytach, ale nie powiedział, że prawdopodobnie będzie mogła wykonywać wymarzony zawód, że cukrzyca nie musi odebrać jej marzeń o wspinaniu. W komunikacji nie odniósł się do wiedzy, oczekiwań i uczuć pacjentki. Skoncentrował się na chorobie i jej leczeniu, a dla Julii było ważne, by tę chorobę z nią powiązać, by pomóc wytyczyć ścieżkę jej życia, na którą właśnie wkroczyła cukrzyca.

W dyskusji o komunikacji często koncentrujemy się na tym, co i jak mówić powinien lekarz. Równie ważne jest także to, w jaki sposób to, co mówi lekarz, zostanie odebrane przez pacjenta. Dlatego Julii nie pocieszyło stwierdzenie „z tą chorobą można żyć”. Dla niej najistotniejsze było, jak żyć z cukrzycą, realizować plany i spełniać marzenia, które tknęła przez lata. To właśnie kompetencje komunikacyjne pozwalają wziąć odpowiedzialność za to, co pacjent słyszy, uniknąć nieporozumień, ale też odpowiedzieć na potrzeby chorego, zaopiekować się nim.

W komunikacji nie wystarczy mówić. Równie ważne jest słuchanie i odwoływanie się do tego, co pacjent myśli, jakie ma obawy czy wyobrażenia. Medyczne informacje warto powiązać z życiem konkretnego człowieka. To pozwoli osiągnąć porozumienie i zbudować relację, dzięki której chory otrzyma pomoc i poczuje wsparcie. ■

“

Lekarz skupił się na przekazaniu jej informacji ważnych z medycznego punktu widzenia. Nie poznał myśli i uczuć Julii. Jakie ma obawy, co dla niej diagnoza oznacza.

KALENDARZ LEKARZA

Prezentujemy zaktualizowane kalendarium wybranych obowiązków lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących indywidualne i grupowe praktyki lekarskie (w tym również niektóre obowiązki lekarzy i lekarzy dentystów jako pracodawców). Obowiązki w 2019 r. pokrywają się z tymi, które wypełniają Państwo co roku. Przedstawiamy także zestawienie obowiązków statystycznych praktyk lekarskich. Materiał powstał z inicjatywy Jerzego Gryko, przewodniczącego Zespołu ds. Praktyk Lekarskich NRL, na podstawie materiału udostępnionego przez OIL w Gdańsku.

OBOWIĄZKI DLA PROWADZĄCYCH PRAKTYKI ZAWODOWE

KTO	OBOWIĄZEK	TERMIN
EWIDENCJA ODPADÓW		
lekarze prowadzący praktyki zawodowe, wytwarzający odpady medyczne, z wyjątkiem praktyk kontraktowych oraz praktyk wytwarzających jedynie odpady komunalne	prorowadzenie ewidencji odpadów	• na bieżąco
	składanie zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów oraz o sposobach gospodarowania	• do 15 marca każdego roku za rok poprzedni • do właściwego ze względu na miejsce wytwarzania odpadów marszałka województwa
	przechowywanie dokumentów potwierdzających unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych	• na bieżąco (w formie papierowej lub elektronicznej)
Podstawa prawna: • ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach • rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów • rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów • rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych		
INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODOWISKA		
lekarze prowadzący praktyki zawodowe, którzy: wprowadzają gazy lub pyły do powietrza (tj. posiadają samochód osobowy lub ciężarowy, własne ogrzewanie, np. kotłownia, wszelkiego rodzaju technologie powodujące emisję do powietrza); od 2018 roku wykreślono pobór wód z ujęć własnych;	składanie zbiorczych zestawień informacji o zakresie korzystania ze środowiska oraz wysokości należnych opłat, wraz z wniesieniem należnej opłaty na rachunek urzędu marszałkowskiego	• do 31 marca każdego roku za rok poprzedni • do właściwego urzędu marszałkowskiego Przedsiębiorcy, u których obliczona opłata za każdy z rodzajów korzystania nie przekroczy 100 zł, składają ostatnie sprawozdanie za rok 2016, w kolejnych latach są z tego obowiązku zwolnieni. Nie wnosi się opłaty w przypadku, gdy wyliczona kwota nie przekracza 800 zł za rok dla danego rodzaju korzystania ze środowiska.
Podstawa prawna: • ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. - Prawo ochrony środowiska • rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie wykazów zawierających informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat		

OBOWIĄZKI STATYSTYCZNE PRAKTYK LEKARSKICH

INFORMACJE OGÓLNE:

- obowiązek złożenia sprawozdania dotyczy lekarzy i lekarzy dentyistów prowadzących praktyki zawodowe - jeżeli obejmuje ich zakres sprawozdania;
- dla praktyk o liczbie pracujących nie większej niż 5 (według stanu na dzień 30 listopada 2015 r.) dopuszczalne jest przekazywanie danych w formie papierowej, po przesłaniu do urzędu statystycznego informacji o wyborze tej formy;
- obowiązek sprawozdawczy nie dotyczy tzw. praktyk kontraktowych („wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”), jeżeli ich zakres sprawozdania zostanie uwzględniony w sprawozdaniu składanym przez podmiot „macierzysty”;

NUMER FORMULARZA	KOGO DOTYCZY I ZAKRES SPRAWOZDANIA	TERMIN	MIEJSCE ZŁOŻENIA
formularz MZ 06	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną, • sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach;	do 30 września 2019 r. za rok szkolny 2018/2019	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 11	• praktyki lekarskie, udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z NFZ, • sprawozdania o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej;	do 29 marca 2019 r. według stanu na 31 grudnia 2018 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 13	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc i gruźlicy, • roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc,	do 16 lutego 2019 r. według stanu na 31 grudnia 2018 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 14	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową, • roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej;	do 1 marca 2019 r. według stanu na 31 grudnia 2018 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 15	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego, • sprawozdanie z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych;	28 lutego 2019 r. za 2018 rok	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 19	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia środowiskowego, • sprawozdanie o działalności zespołu/oddziału leczenia środowiskowego/domowego;	do 15 lutego 2019 r. za 2018 rok	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki • Instytut Psychiatrii i Neurologii
formularz MZ 24	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa, • roczne sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;	do 15 lutego 2019 r. według stanu na 31 grudnia 2018 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki

NUMER FORMULARZA	KOGO DOTYCZY I ZAKRES SPRAWOZDANIA	TERMIN	MIEJSCE ZŁOŻENIA
formularz MZ 30	• praktyki lekarskie udzielające świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, leczenia odwykowego, rehabilitacji narkomanów, • sprawozdanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej;	do 15 lutego 2019 r. za 2018 rok	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki • Instytut Psychiatrii i Neurologii
formularz MZ 35A	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie badań profilaktycznych pracowników, • sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących;	do 2 marca 2019 r. według stanu na 31 grudnia 2018 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • wojewódzki ośrodek medycyny pracy • Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
formularz MZ 35B	• praktyki lekarskie będące jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy, • sprawozdanie z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami;	do 2 marca 2019 r. według stanu na 31 grudnia 2018 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 54	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, biorące udział w szczepieniach ochronnych, • roczne sprawozdanie ze szczepień ochronnych;	do 31 stycznia 2019 r. według stanu na 31 grudnia 2018 r.	• powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna
formularz MZ 55	• meldunek o zachorowaniach na gripę, • wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym praktyki lekarskie;	cztery razy w miesiącu, tj. w dniach: 7., 15., 22. i ostatnim dniu miesiąca po zakończeniu przyjęć	• powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna, • w formie papierowej;
formularz MZ/N 1a	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w związku z rozpoznaniem i podejrzeniem nowotworu złośliwego, • karta zgłoszenia nowotworu złośliwego;	• sukcesywnie • raz w miesiącu do 15. dnia miesiąca następującego po rozpoznaniu choroby - w formie papierowej	• Krajowy Rejestr Nowotworów • Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, • wojewódzkie biura rejestracji nowotworów
formularz MZ 88	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, • sprawozdanie o pracujących w praktykach indywidualnych i grupowych;	do 1 marca 2019 r. według stanu na 31 grudnia 2018 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 89	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, • sprawozdanie o specjalistach pracujących w zakładach opieki zdrowotnej oraz praktykach indywidualnych;	do 1 marca 2019 r. według stanu na 31 grudnia 2018 r.	• portal sprawozdawczy CSIOZ www.csioz.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz ZD 3	• praktyki lekarskie świadczące usługi wyłącznie w ramach środków publicznych, • sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zaklasyfikowanej według PKD do klas: 86.21, 86.22 i 86.23;	do 28 stycznia 2019 r. za 2018 rok	• portal sprawozdawczy GUS www.stat.gov.pl

Podstawa prawna: rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2018

BIULETYN

NR 1 (186)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, I 2019

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 25 stycznia 2019 r.

**UCHWAŁA Nr 1/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 stycznia 2019 r.
w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej
na rok 2019**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:
§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2019 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

Załącznik jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 2/19/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 stycznia 2019 r.
w sprawie powołania Rady Ośrodka Bioetyki
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.) oraz § 5 uchwały Nr 23/08/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Radę Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej w składzie:

- 1) Marek Czarkowski – Kierownik Ośrodka
- 2) kol. Stefan Bednarz
- 3) kol. Włodzimierz Bednorz
- 4) kol. Krystyna Chrupczak
- 5) kol. Ryszard Golański
- 6) kol. Romuald Krajewski
- 7) kol. Rafał Machowicz
- 8) kol. Krystyn Sosada
- 9) kol. Iwona Świętowska

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 3/19/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 stycznia 2019 r.
w sprawie powołania Rady Ośrodka
Doskonalenia Zawodowego**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.) oraz § 6 ust. 2 i § 8 ust. 2 uchwały nr 21/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Radę Ośrodka Doskonalenia Zawodowego w składzie:

- 1) kol. Romuald Krajewski – Kierownik Ośrodka
- 2) kol. Janusz Kłoczko (lekarz)
- 3) kol. Andrzej Wojnar (lekarz)
- 4) kol. Łukasz Jasek (lekarz)
- 5) kol. Dariusz Paluszek (lekarz dentyista)
- 6) kol. Anna Lella (lekarz dentyista)

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 4/19/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 stycznia 2019 r.
w sprawie powołania Rady Ośrodka
Historycznego Naczelnej
Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.) oraz § 3 ust. 3 uchwały Nr 27/08/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Radę Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej w składzie:

- 1) kol. Marek Stankiewicz – Kierownik Ośrodka
- 2) kol. Jan Ciećkiewicz (lekarz)
- 3) kol. Bogumiła Kempirńska-Mirowska
- 4) kol. Krzysztof Makuch (lekarz)
- 5) kol. Ewa Szczutowska (lekarz dentyista)
- 6) kol. Halina Ey-Chmielewska (lekarz dentyista)

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 5/19/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 stycznia 2019 r.
w sprawie powołania Rady
Ośrodka ds. Opiniowania
Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.) oraz § 3 ust. 3 uchwały Nr 29/08/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Radę Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa w składzie:

- 1) Ryszard Szozda – Kierownik Ośrodka
- 2) Michał Wępsięć (lekarz)
- 3) Tadeusz Urban (lekarz)
- 4) Piotr Winciunas (lekarz)
- 5) Anna Kot (lekarz dentyista)
- 6) Jacek Pypeć (lekarz dentyista)

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 6/19/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 stycznia 2019 r.
w sprawie powołania Rady Ośrodka
Współpracy Zagranicznej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.) oraz § 3 ust. 2 i § 6 ust. 1 uchwały Nr 25/08/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Współpracy Zagranicznej, uchwala się, co następuje:

Dokumenty NRL i Prezydium znajdują się na stronie internetowej NIL – www.nil.org.pl

§ 1.

Powołuje się Radę Ośrodka Współpracy Zagranicznej w składzie:

- 1) kol. Wojciech Domka – Kierownik Ośrodka
- 2) kol. Paweł Czekalski (lekarz)
- 3) kol. Patryk Hartwich (lekarz)
- 4) kol. Anna Lis-Swięty (lekarz)
- 5) kol. Michał Matuszewski (lekarz)
- 6) kol. Anna Lella (lekarz dentysta)
- 7) kol. Radosław Maksymowicz (lekarz dentysta)

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 7/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 25 stycznia 2019 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 oraz art. 39 ust. 1. pkt 3, 6 i 8 i art. 5 pkt 14 i 15 w zw. z art. 39 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) Naczelna Rada Lekarska uchwała, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności z art. 2 Konstytucji RP załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz.U. z 2014 r. poz. 1973) o nazwie „Wzór karty przekazania odpadów” – w zakresie, w jakim nakłada na lekarzy dentystów, którzy wytwarzają śladowe ilości odpadu amalgamatowego (kod: 18 01 10), obowiązek zgłaszania nieprawdziwych danych dotyczących rzeczywiście wytworzonej masy odpadu poprzez zobowiązanie ich do podawania masy odpadu mniejszej niż 1 kg, w zaokrągleniu do 1 kg.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Matyję 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
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 8/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 25 stycznia 2019 r. w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się, celem skierowania do Ministra Zdrowia z wnioskiem o rozpoczęcie prac legislacyjnych, projekt ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich dotyczący postępowania w związku z ukaraniem lekarza za granicą. Projekt ustawy wraz z uzasadnieniem stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

Załącznik do uchwały Nr 8/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r.

Ustawa z dnia r. o zmianie ustawy o izbach lekarskich

Art. 1. W ustawie z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 4 w ust. 1 w pkt. 10 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 11 w brzmieniu:

„11) kara orzeczona za granicą – rozstrzygnięcie organu państwa obcego uprawnionego do orzekania w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, na mocy którego na terytorium tego państwa obcego lekarzowi, choćby tymczasowo, zakazano wykonywania zawodu albo ograniczono mu zakres jego wykonywania z powodu popełnienia czynu stanowiącego przewinienie zawodowe według prawa polskiego.”;

2) w art. 5 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w tym przyjmowania do wykonania w Rzeczypospolitej Polskiej kary orzeczonej za granicą.”;

3) w art. 30 w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) rozpatruje sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarza, w tym wnioski o przyjęcie do wykonania kary orzeczonej za granicą.”;

4) w art. 45 w ust. 1 po pkt. 1 dodaje się pkt 1a) w brzmieniu:

„1a) podejmuje czynności związane z przyjmowaniem do wykonania kary orzeczonej za granicą.”;

5) po rozdziale 5 dodaje się rozdział 5a w brzmieniu:

„Rozdział 5a

Przyjęcie do wykonania kary orzeczonej za granicą

Art. 112a. Kara orzeczona za granicą wobec członka izby lekarskiej może być przyjęta do wykonania w Rzeczypospolitej Polskiej w trybie określonym w niniejszym rozdziale.

Art. 112b. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej uzyskawszy wiarygodną informację, że organ państwa obcego wydał podlegającą wykonaniu rozstrzygnięcie, na mocy którego członkowi izby lekarskiej, choćby tymczasowo, zakazano wykonywania zawodu albo ograniczono mu zakres jego wykonywania, występuje do tego organu państwa obcego o przekazanie uwierzytelnionego odpisu rozstrzygnięcia wraz z uzasadnieniem, jeżeli zostało sporządzone, oraz innych istotnych materiałów związanych z jego wydaniem.

Art. 112c. Jeżeli Naczelny Rzecznik

Odpowiedzialności Zawodowej uzna, że faktyczną podstawą rozstrzygnięcia organu państwa obcego jest niedostateczne przygotowanie zawodowe lekarza, jego niezdolność do wykonywania zawodu lub ograniczenie w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia, przekazuje sprawę właściwej okręgowej radzie lekarskiej.

Art. 112d. 1. Po otrzymaniu materiałów, o których mowa w art. 112b, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej kieruje do sądu lekarskiego wniosek o przyjęcie kary orzeczonej za granicą do wykonania, jeżeli uzna, że to za zasadne, ze względu na to, że wykonywanie zawodu przez lekarza ukaranego za granicą zagraża bezpieczeństwu pacjentów oraz mając na uwadze termin wykonania kary orzeczonej za granicą.

2. O podjętej decyzji Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej informuje prezesa właściwej okręgowej rady lekarskiej.

Art. 112e. 1. Wniosek Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o przyjęcie kary orzeczonej za granicą do wykonania jest rozpoznawany przez Okręgowy Sąd Lekarski Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w składzie trzyosobowym.

2. W przypadku, gdy wniosek dotyczy lekarza będącego członkiem organów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie wymienionych w art. 21 pkt 2-5 i zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej tej Izby, Naczelny Sąd Lekarski na wniosek Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wyznacza do jego rozpoznania inny okręgowy sąd lekarski.

3. Sąd rozpoznaje wniosek na posiedzeniu, w którym uczestniczy Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

4. Lekarz ukarany za granicą, którego dotyczy wniosek, ma prawo wziąć udział w posiedzeniu, jeżeli się stawi.

5. Lekarz ukarany za granicą może ustanowić jednego obrońcę spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych.

6. Jeżeli sąd lekarski uzna za niezbędne ustanowienie obrońcy ze względu na okoliczności utrudniające obronę, ustanawia lekarzowi ukaranemu za granicą obrońcę z urzędu spośród lekarzy.

7. Obrońca ma prawo wziąć udział w posiedzeniu, o którym mowa w ust. 3, jeżeli się stawi.

8. Termin posiedzenia sądu lekarskiego powinien być tak wyznaczony, aby od doręczenia zawiadomienia o nim lekarzowi ukaranemu za granicą, którego dotyczy wniosek, upłynęło co najmniej 7 dni. Zawiadomienie wysłać się na adres do korespondencji umieszczony w Centralnym Rejestrze Lekarzy.

9. Okręgowy sąd lekarski rozpoznaje wniosek niezwłocznie, nie później niż w ciągu 60 dni od jego otrzymania.

Art. 112f. 1. Jeżeli dane zawarte we wniosku są niewystarczające, sąd lekarski może zwrócić się do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o ich uzupełnienie, określając zakres uzupełnienia. 2. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej powinien uzupełnić dane w ciągu 7 dni. Jeżeli czas uzupełniania danych jest dłuższy, termin zakończenia postępowania przez sąd przedłuża się o taki okres.

Art. 112g. Przyjęcie kary orzeczonej za granicą do wykonania jest niedopuszczalne, jeżeli:

1) czyn, za który została orzeczona kara za granicą, nie stanowi przewinienia zawodowego w rozumieniu art. 53 ustawy;

2) kara orzeczona za granicą nie jest prawomocna albo nie podlega wykonaniu;

3) co do tego samego czynu tej samej osoby postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy zostało prawomocnie zakończone albo wcześniej wszczęte toczy się.

Art. 112h. 1. Gdy zachodzi okoliczność wymieniona w art. 112g, sąd lekarski wydaje postanowienie stwierdzające niedopuszczalność przyjęcia kary orzeczonej za granicą do wykonania.

2. Przyjmując do wykonania karę orzeczoną za granicą, sąd lekarski wydaje postanowienie, w którym określa kwalifikację prawną czynu według prawa polskiego oraz karę podlegającą wykonaniu.

3. Podstawą określenia kary podlegającej wykonaniu jest kara orzeczona za granicą, kara określona w art. 83 ust. 1 pkt 4–7 ustawy oraz okres rzeczywistego wykonania kary orzeczonej za granicą.

4. Postanowienie sądu lekarskiego, o którym mowa w ust. 2 powinno określać także koszty przeprowadzonych czynności, które ponosi lekarz, którego postanowienie dotyczy, chyba że sąd lekarski postanowi inaczej.

5. Postanowienie, o którym mowa w ust. 2, jest natychmiast wykonalne.

6. Postanowienie, o którym mowa w ust. 1 i 2, wraz z uzasadnieniem doręcza się niezwłocznie lekarzowi ukaranemu za granicą, którego dotyczy postanowienie, i Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej.

Art. 112i. 1. Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej przysługuje zażalenie na postanowienie stwierdzające niedopuszczalność przyjęcia kary orzeczonej za granicą do wykonania, a lekarzowi, którego dotyczy postanowienie, i Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej – na postanowienie o przyjęciu do wykonania kary orzeczonej za granicą.

2. Zażalenie wnosi się do Naczelnego Sądu Lekarskiego za pośrednictwem okręgowego sądu lekarskiego, który wydał zaskarżone postanowienie, w terminie 14 dni od dnia doręczenia postanowienia.

3. Naczelny Sąd Lekarski rozpoznaje zażalenie w składzie pięcioosobowym.

4. Do postępowania przed Naczelnym Sądem Lekarskim stosuje się odpowiednio art. 112e ust. 3–9.

5. Naczelny Sąd Lekarski utrzymuje w mocy, zmienia albo uchyla postanowienie okręgowego sądu lekarskiego.

6. Naczelny Sąd Lekarski nie może wydać postanowienia o przyjęciu do wykonania kary orzeczonej za granicą, jeśli okręgowy sąd lekarski stwierdził niedopuszczalność przyjęcia kary orzeczonej za granicą do wykonania.

Art. 112j. 1. Postanowienie Naczelnego Sądu Lekarskiego kończące postępowanie jest prawomocne z dniem ogłoszenia.

2. Postanowienie wraz z uzasadnieniem doręcza się niezwłocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej, lekarzowi ukaranemu za granicą, którego dotyczy postanowienie, i Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej.

Art. 112k. 1. Od prawomocnego postanowienia

Naczelnego Sądu Lekarskiego kończącego postępowanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego w terminie jednego miesiąca od dnia doręczenia postanowienia.

2. Kasację wnosi się do Sądu Najwyższego za pośrednictwem Naczelnego Sądu Lekarskiego.

Art. 112l. Przepisy art. 110 stosuje się odpowiednio do kary orzeczonej za granicą przyjętej do wykonania w Rzeczypospolitej Polskiej.”

6) po art. 113 dodaje się:

„Rozdział 6a

Obowiązek informacyjny w trybie ostrzeżenia w systemie IMI”

7) Art. 113a ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„Art. 113a. 1. Okręgowe rady lekarskie informują, w trybie ostrzeżenia w systemie IMI, właściwe organy pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej o lekarzu lub lekarzu dentyście, wobec których:

1) rada lekarska podjęła uchwałę o:

a) zawieszeniu prawa wykonywania zawodu,

b) ograniczeniu w wykonywaniu zawodu,

2) sąd lekarski wydał orzeczenie albo postanowienie o:

a) zakazie pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia,

b) ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu,

c) zawieszeniu prawa wykonywania zawodu,

d) pozbawieniu prawa wykonywania zawodu,

3) sąd powszechny orzekł zakaz wykonywania zawodu,

4) sąd powszechny albo prokurator tytułem środka zapobiegawczego zastosował zawieszenie w wykonywaniu zawodu

– w terminie 3 dni od dnia uprawomocnienia się albo wykonaności uchwały, orzeczenia albo postanowienia.”

Art. 2. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Uzasadnienie

Zawody lekarza i lekarza dentysty (dalej łącznie określane jako zawód lekarza) są zawodami podlegającymi szczególnym regulacjom prawnym jako tzw. zawody zaufania publicznego, o których mowa w art. 17 Konstytucji RP.

Wymogi, które należy spełniać, aby uzyskać w Polsce uprawnienie do wykonywania zawodu lekarza określa ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wymogi te są związane z posiadaniem odpowiednich kwalifikacji zawodowych, pełnej zdolności do czynności prawnych, odpowiedniego stanu zdrowia, wykazywaniem niezagrożenia postawy etycznej oraz odpowiednią znajomością języka polskiego.

Obowiązujące przepisy prawa określają także sytuację, w których lekarz posiadający w Polsce prawo wykonywania zawodu może zostać czasowo bądź na stałe pozbawiony możliwości wykonywania zawodu albo ograniczony w jego wykonywaniu. Może to być konsekwencją popełnienia przez lekarza przestępstwa lub przewinienia zawodowego bądź wiązać się ze stwierdzonym niedostatecznym przygotowaniem zawodowym lub niezdolnością do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia. Pieczęć nad należyty i sumienny wykonywaniem

zawodu lekarza sprawuje, w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów w trybie i zakresie określonym w ustawie z dnia 2 grudnia 2019 r. o izbach lekarskich (dalej: ustawa), w szczególności poprzez przyznawanie prawa wykonywania zawodu, a także prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu, których efektem może być zawieszenie albo pozbawienie prawa wykonywania zawodu bądź ograniczenie w wykonywaniu zawodu.

Zasady, zarówno materialne, jak i procesowe, odpowiedzialności zawodowej lekarzy ponoszonej w przypadku popełnienia tzw. przewinienia zawodowego, tj. naruszenia zasad etyki lekarskiej lub przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, określa rozdział V ustawy oraz odpowiednio stosowane przepisy kodeksu postępowania karnego i kodeksu karnego.

Właściwa realizacja zadań samorządu zawodowego w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy pozostaje pod kontrolą Sądu Najwyższego (dalej: SN) rozpoznającego kasację, które można wnieść od prawomocnych orzeczeń Naczelnego Sądu Lekarskiego (dalej: NSL). Jednym z podmiotów uprawnionych do wniesienia kasacji jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Do niedawna odpowiedzialność zawodowa miała de facto charakter czysto krajowy – obejmowała jedynie czyny popełnione przez lekarzy na terytorium Polski, a orzeczenie co do odpowiedzialności zawodowej wywoływało skutki jedynie na gruncie krajowym.

Wobec coraz powszechniejszej mobilności zawodowej lekarzy konieczna jest zmiana takiego nastawienia, uwzględniająca aktualną sytuację, w której lekarze posiadają jednocześnie uprawnienia zawodowe w więcej niż jednym państwie i w sytuacji popełnienia w jednym państwie czynów skutkujących utratą lub ograniczeniem uprawnień zawodowych mogą w zasadzie bez przeszkód prawnych i faktycznych kontynuować wykonywanie zawodu w innym państwie, de facto unikając odpowiedzialności zawodowej. Taka sytuacja może także stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów.

Po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej (dalej: UE), w związku z systemem automatycznego uznawania kwalifikacji zawodowych (dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych) oraz ułatwionym dostępem do rynku pracy w innych państwach członkowskich UE, nastąpiła zwiększona migracja zawodowa polskich lekarzy. Wykonując zawód w innym państwie członkowskim UE, polscy lekarze podlegają regulacjom prawnym danego państwa, w tym odpowiedzialności zawodowej. Organy samorządu lekarskiego otrzymują od właściwych organów z innych państw członkowskich UE informacje o tym, że w stosunku do lekarzy wykonujących w danym państwie zawód, a posiadających uprawnienia zawodowe także w Polsce, prowadzone było postępowanie o charakterze dyscyplinarnym, w rezultacie którego nałożone zostały określone sankcje, w tym także sankcje skutkujące czasowym lub

stałym pozbawieniem uprawnień do wykonywania zawodu w danym państwie.

Dostrzegając rosnącą mobilność zawodową lekarzy w ramach UE i mając na względzie zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów w dyrektywie 2005/36/WE wprowadzono obowiązek wzajemnego informowania się przez właściwe organy państw członkowskich UE o każdym przypadku zawieszenia lub pozbawienia uprawnień do wykonywania zawodu lekarza albo ograniczenia lekarza w czynnościach zawodowych. System ten funkcjonuje od 2016 r. jako tzw. mechanizm ostrzegania. Informacje są przekazywane za pośrednictwem Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym, zwanego „systemem IMI”. Organy samorządu lekarskiego mają dostęp do systemu IMI i są z jednej strony obowiązane przekazywać organom innych państw o ww. rozstrzygnięciach podejmowanych wobec lekarzy w Polsce (zakres i tryb przekazywania tych informacji określa art. 113a ustawy), a z drugiej strony same otrzymują takie informacje od organów innych państw.

Zobowiązanie do wymiany powyższych informacji ma umożliwić podejmowanie odpowiednich działań także w innym państwie, w którym lekarz jest również uprawniony do wykonywania zawodu lub o takie uprawnienie wystąpi.

Z tego względu konieczne jest zapewnienie samorządowi lekarskiemu, który uzyskuje informacje o zakazie wykonywania zawodu lub ograniczeniu jego zakresu dotyczące lekarza będącego członkiem izby lekarskiej w Polsce, właściwego trybu do skutecznego podejmowania działań zmierzających do zapewnienia, że taki zakaz lub ograniczenie będzie także obejmować sytuację zawodową tego lekarza w Polsce.

Przeniesienie skutków ukarania lekarza za granicą nie powinno następować w sposób automatyczny. Każdy przypadek powinien być poddany właściwej ocenie przez odpowiednie organy izb lekarskich. Badanie takie powinno być prowadzone przede wszystkim pod kątem dobra i bezpieczeństwa pacjentów w Polsce, dla których kontynuowanie przez lekarza ukaranego za granicą praktyki zawodowej w Polsce bez ograniczeń mogłoby stanowić zagrożenie.

Projekt wychodzi z założenia, że powinno to się odbywać poprzez przyjęcie do wykonania w Polsce kary orzeczonej wobec lekarza za granicą, którego tryb należy uregulować w ustawie. Punktem odniesienia dla projektodawcy są regulacje kodeksu postępowania karnego dotyczące przejścia do wykonania określonych orzeczeń sądu państwa obcego (rozdział 66 k.p.k.) z uwzględnieniem specyfiki związanej z wykonywaniem zawodu lekarza oraz sprawowania nad tym pieczy przez samorząd lekarski. Projekt zakłada wprowadzenie do ustawy nowej instytucji prawnej w postaci przyjmowania do wykonania w Polsce kar orzeczonych za granicą wobec lekarza posiadającego także polskie prawo wykonywania zawodu. W tym celu w ustawie proponuje się dodać nowy rozdział 5a „Przyjęcie do wykonania kary orzeczonej za granicą”, a także wprowadzić zmiany w niektórych innych przepisach ustawy (art. 4, 5, 30 i 45). Przy okazji proponuje się dokonać zmian w art. 113a ust. 1, których celem jest uzupełnienie wykazu orzeczeń objętych tzw. mechanizmem ostrzegania. Jednocześnie proponuje

się ująć przepis art. 113a w odrębnym rozdziale 6a „Obowiązek informacyjny w trybie ostrzeżenia w systemie IMI”, jako że aktualne jego ujęcie w rozdziale dotyczącym postępowania medacyjnego jest błędne.

W art. 4 ust. 1 proponuje się wprowadzenie w pkt. 11 pojęcia „kara orzeczona za granicą”, zgodnie z którym zagraniczne rozstrzygnięcie skutkujące dla lekarza zakazem albo ograniczeniem wykonywania zawodu jest traktowane jako „kara orzeczona za granicą” i co za tym idzie może podlegać procedurze przyjęcia do wykonania w Polsce, jeżeli zostało wydane z powodu popełnienia przez lekarza za granicą czynu stanowiącego przewinienie zawodowe także według prawa polskiego.

Terminy definiujące, co należy rozumieć pod pojęciem kary orzeczonej za granicą powinny mieć jak najbardziej ogólny charakter, w oderwaniu od znaczenia poszczególnych terminów według prawa polskiego, z uwagi na różnorodność rozwiązań prawnych i terminologii stosowanych w innych państwach w odniesieniu do rodzajów wydawanych tam orzeczeń, rodzajów instytucji uprawnionych do orzekania w zakresie uprawnień zawodowych lekarzy, w tym w zakresie ich odpowiedzialności zawodowej (nie zawsze są to podmioty określane jako sądy), stąd takie pojęcia, jak: „rozstrzygnięcie”, „organ”.

W art. 5 pkt 5 proponuje się uzupełnić wykaz ustawowych zadań samorządu lekarskiego poprzez wskazanie wprost, że jednym z nich, wiążącym się z prowadzeniem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jest przyjmowanie do wykonania w Polsce kary orzeczonej za granicą. Jest to zadanie będące formą sprawowania przez samorząd lekarski pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu.

Wprowadzenie w ustawie terminu „przyjmowanie”, różniącego się od terminu „przejmowanie” stosowanego w k.p.k. rozumianego jako stosowanie kary w jednym państwie zamiast jej stosowania w innym państwie, wskazuje, że jest to decyzja polskiego samorządu lekarskiego, której celem jest wykonanie kary orzeczonej za granicą także w Polsce – niezależnie od wykonywania tej kary w państwie, w którym ją orzeczono.

W art. 30 ust. 2 pkt 1 proponuje się uzupełnić wykaz zadań okręgowych sądów lekarskich (OSL). W przypadku wykazu zadań NSL obecny przepis art. 44 ust. 2 pkt 2 będzie obejmować także rozpatrywanie zażaleń na postanowienia OSL w przedmiocie przyjmowania do wykonania w Polsce kary orzeczonej za granicą.

W art. 45 ust. 1 proponuje się dodać pkt 1a) określający, iż jednym z zadań Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (NROZ) jest podejmowanie czynności związanych z przyjmowaniem do wykonania w Polsce kary orzeczonej za granicą. W projekcie proponuje się, analogicznie do rozwiązania przyjętego w rozdziale 66 k.p.k., że inicjatywa w zakresie podejmowania działań zmierzających do przyjęcia do wykonania w Polsce kary orzeczonej za granicą powinna należeć do jednego, wskazanego organu izb lekarskich, a mianowicie do NROZ. Przyznanie w tym zakresie kompetencji jednemu organowi jest podyktowane szczególnym charakterem tego rodzaju spraw, ich przewidywaną małą liczbą, potrzebą zachowania jednolitości oceny czy

złożenie wniosku o przyjęcie kary do wykonania jest w danym przypadku zasadne i celowe, posiadania odpowiedniego personelu wyspecjalizowanego w tych sprawach, m.in. pod kątem współpracy międzynarodowej, znajomości języków obcych.

W nowym rozdziale 5a „Przyjęcie do wykonania kary orzeczonej za granicą” proponuje się wprowadzić przepisy art. 112a – 112l.

Art. 112a jest przepisem odpowiadającym funkcjonalnie przepisowi art. 53 ustawy dotyczącej podlegania przez lekarzy odpowiedzialności zawodowej. Proponowany przepis uzupełnia art. 5 pkt 5, stanowiąc, że możliwe jest przyjęcie kary orzeczonej za granicą do wykonania w Polsce w trybie określonym w rozdziale 5a, czyli w zależności od oceny konkretnej sprawy przez wyznaczone do tego organy samorządu lekarskiego.

Art. 112b określa zadania NROZ w sytuacji uzyskania wiarygodnej informacji, że za granicą w stosunku do członka izby lekarskiej wydano zakaz lub ograniczenie wykonywania zawodu. NROZ powinien w tej sytuacji podjąć czynności zmierzające do ustalenia, jakie były faktyczne przyczyny takiego rozstrzygnięcia za granicą. Zadaniem NROZ jest dokonanie oceny, czy czyn lekarza za granicą stanowi jednocześnie przewinienie zawodowe w rozumieniu prawa polskiego (tzw. podwójna przestępność czynu). W tym celu NROZ powinien w szczególności wystąpić do właściwego organu państwa obcego o przekazanie odpisu takiego rozstrzygnięcia wraz z uzasadnieniem, ewentualnie innych istotnych materiałów. NROZ może także gromadzić informacje na ten temat z innych dostępnych źródeł, np. z internetu, od stron zagranicznego postępowania.

Wiarygodna informacja, o której mowa powyżej, może mieć dowolną formę – mogą to być np. przekazy medialne, informacje od osób fizycznych lub instytucji, zawiadomienia od organów państwa obcego. W szczególności należy przyjmować, że taką wiarygodną informację stanowi zawiadomienie przekazane w postaci ostrzeżenia za pośrednictwem systemu IMI w ramach mechanizmu ostrzegania. NROZ powinien więc podjąć określone czynności w sytuacji, gdy uważa, że uzyskał wiarygodną informację o nałożeniu za granicą zakazu lub ograniczenia wykonywania zawodu w stosunku do lekarza, który jest członkiem polskiej izby lekarskiej, tj. posiada w Polsce prawo wykonywania zawodu. NROZ podejmuje omawiane działania obowiązkowo w sytuacji, gdy taka informacja dociera za pośrednictwem systemu IMI.

Art. 112c przewiduje, że w sytuacji stwierdzenia przez NROZ na podstawie zgromadzonych informacji, że faktyczną podstawą rozstrzygnięcia obcego organu nie było popełnienie przez lekarza czynu stanowiącego przewinienie zawodowe według prawa polskiego, a okoliczności, o których mowa w art. 11 i 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, NROZ nie kieruje wniosku do sądu lekarskiego, lecz przekazuje sprawę właściwej okręgowej radzie lekarskiej w celu podjęcia postępowania w trybie ww. przepisów.

Art. 112d określa w ust. 1, czym kierować ma się NROZ, podejmując decyzję o wystąpieniu do sądu lekarskiego z wnioskiem o przyjęcie kary orzeczonej za granicą do wykonania w Polsce.

Po pierwsze, NROZ musi ustalić, że

rozstrzygnięcie organu państwa obcego może uznać za karę orzeczoną za granicą zgodnie z definicją z art. 4 ust. 1 pkt 11, tj. czy zostało wydane z powodu popełnienia przez lekarza za granicą czynu stanowiącego przewinienie zawodowe także według prawa polskiego. Przykładowo można wskazać sytuację, w której organy izb lekarskich już się spotkały, gdy lekarz został pozbawiony prawa do wykonywania zawodu za granicą, dlatego że uznano, iż niedostatecznie włada miejscowym językiem, przez co nie jest zdolny odpowiednio porozumiewać się z pacjentami. W takiej sytuacji trudno byłoby uznać, że doszło do popełnienia przewinienia zawodowego w rozumieniu polskiego prawa. Po drugie, NROZ powinien ocenić, czy mając na uwadze czyn popełniony za granicą dalsze wykonywanie przez tego lekarza zawodu w Polsce może zagrażać bezpieczeństwu pacjentów. W tym zakresie NROZ może brać pod uwagę, czy i w jakim zakresie lekarz faktycznie wykonuje obecnie zawód w Polsce.

Po trzecie, NROZ powinien wziąć pod uwagę termin wykonania kary orzeczonej za granicą – jeżeli kara ta wkrótce zostanie w pełni zrealizowana, występowanie z wnioskiem do sądu lekarskiego nie wydaje się zasadne.

W przypadkach, w których NROZ nie dostrzega zasadności występowania o przyjęcie kary do wykonania w Polsce, nie podejmuje dalszych działań. Zgodnie z ust. 2 informację o podjętej decyzji NROZ przekazuje do wiadomości prezesa właściwej okręgowej rady lekarskiej. Celem takiego działania jest umożliwienie okręgowej izbie lekarskiej, której lekarz jest członkiem, wystąpienia do NROZ o rozważenie dokonania ponownej analizy sprawy przy uwzględnieniu dodatkowych informacji nt. sprawy i lekarza posiadanych przez okręgową izbę.

Art. 112e określa tryb postępowania po wniesieniu przez NROZ wniosku o przyjęcie kary orzeczonej za granicą do wykonania w Polsce.

Ustalenie, że co do zasady właściwy w takich sprawach jest jeden OSL jest spowodowane szczególną specyfiką takich spraw, które będą nieliczne. Pozwoli to członkom tego sądu odpowiednio się przygotować do takich postępowań (przedmiotem postępowania są wyłącznie kwestie prawne, analizę poddawane będą orzeczenia i uzasadnienia wydawane za granicą, mające swą specyfikę), a także powinno mieć wpływ na zachowanie jednolitej linii orzeczniczej.

Ustalenie, że sądem tym ma być OSL Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie podyktowane jest m.in. liczebnością składu tego sądu i wpłynie na szybkość postępowania, zgodnie z wyznaczonymi (instrukcyjnie) krótkimi terminami na rozpoznanie wniosku. Odstępstwo od tej zasady jest uzasadnione wyłączeniem członków OSL w Warszawie w sprawach tych lekarzy, którzy są członkami organów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, co mogłoby rzutować na ich bezstronność.

Sąd lekarski rozpoznaje wniosek NROZ na posiedzeniu i wydaje rozstrzygnięcie w formie postanowienia, od którego przysługuje zażalenie do NSL.

Prawo do obrony lekarza, którego sprawa przyjęcia do wykonania kary dotyczy, zostało

zagwarantowane prawem ustanowienia jednego obrońcy, prawem zarówno lekarza, jak i jego obrońcy do udziału w posiedzeniu sądu lekarskiego, prawem sądu lekarskiego do wyznaczenia w uzasadnionych przypadkach obrońcy z urzędu, prawem zaskarżenia postanowienia o przyjęciu kary do wykonania w Polsce.

Udział lekarza i jego obrońcy w posiedzeniu sądu lekarskiego jest ich prawem, jeżeli się na tym posiedzeniu stawia. Lekarz musi być z odpowiednim wyprzedzeniem zawiadomiony o terminie i miejscu posiedzenia – zawiadomienie doręcza się na zgłoszony przez lekarza adres do korespondencji umieszczony w Centralnym Rejestrze Lekarzy, co pozwoli OSL na sprawne przekazywanie korespondencji.

Udział w posiedzeniu jest natomiast obowiązkiem dla NROZ, jako osoby inicjującej to postępowanie.

Art. 112f wskazuje możliwość zwrócenia się przez OSL do NROZ o uzupełnienie wniosku, jeżeli zawarte w nim dane nie są dla sądu wystarczające. Uzupełnienie wniosku może polegać nie tylko na uzyskaniu dodatkowych materiałów od organu obcego koniecznych do wydania rozstrzygnięcia, ale także np. na dostarczeniu danych o ewentualnych wcześniejszych ukaraniach lekarza w Polsce lub za granicą.

Art. 112g określa, w jakich sytuacjach nie jest dopuszczalne przyjęcie kary orzeczonej za granicą do wykonania w Polsce.

Ustaliwszy, że zachodzi jedna ze wskazanych w art. 112g okoliczności OSL wydaje postanowienie stwierdzające niedopuszczalność przyjęcia kary orzeczonej za granicą do wykonania w Polsce (art. 112h ust. 1).

Art. 112h w ust. 2 – 5 określa, co zawiera postanowienie OSL przyjmujące karę do wykonania w Polsce oraz czym kieruje się OSL, określając rodzaj i wymiar kary podlegającej wykonaniu w Polsce oraz koszty postępowania.

Postanowienie o przyjęciu kary do wykonania w Polsce jest natychmiast wykonalne, co podyktowane jest charakterem sprawy i celem postępowania.

Art. 112i przewiduje możliwość wniesienia środka odwoławczego w postaci zażalenia od postanowienia OSL.

NROZ może wnieść zażalenie zarówno od postanowienia stwierdzającego niedopuszczalność przyjęcia kary do wykonania, jak i przyjmującego karę do wykonania. Natomiast lekarz, którego dotyczy postanowienie, może wnieść zażalenie na postanowienie przyjmujące karę do wykonania. Sądem odwoławczym jest NSL.

Art. 112j określa, że postanowienie NSL kończące postępowanie jest prawomocne z dniem ogłoszenia, i wskazuje podmioty, którym to postanowienie wraz z uzasadnieniem należy doręczyć.

Art. 112k przewiduje możliwość wniesienia kasacji do SN od postanowienia NSL kończącego postępowanie.

Do wniesienia kasacji są uprawnione dwa podmioty: Minister Zdrowia i Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Jest to rodzaj tzw. kasacji nadzwyczajnej w drodze analogii do art. 521 k.p.k. Ma to zapewnić korzystanie z tego środka tylko w uzasadnionych

okolicznościami sprawy przypadkach, czemu sprzyja poddanie tych okoliczności ocenie przez niezależny podmiot niebędący stroną postępowania. Strony (lekarz, NROZ) mogą ewentualnie starać się przekonać których z uprawnionych podmiotów, że wniesienie kasacji jest uzasadnione.

Art. 112l stanowi, że do kary orzeczonej za granicą przyjętej do wykonania w Polsce odpowiednio stosuje się art. 110 ustawy dotyczącej rejestru ukaranych lekarzy oraz zatarcia kary.

UCHWAŁA Nr 9/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 25 stycznia 2019 r. w sprawie utworzenia funduszu stypendiów dla lekarzy i lekarzy dentystów w celu doskonalenia zawodowego oraz regulaminu przyznawania stypendiów

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Tworzy się „Fundusz stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej”, zwany dalej: „Funduszem”, z którego będą przyznawane lekarzom i lekarzom denty stom stypendia w celu doskonalenia zawodowego.

§ 2.

1. Zasila się Fundusz kwotą 400.000 złotych (słownie: czterysta tysięcy złotych). Kwota ta jest przeznaczona na stypendia przyznawane w roku 2019 r.
2. W latach 2020-2022 Fundusz zostanie zasilony kwotą 400.000 złotych (słownie: czterysta tysięcy złotych) rocznie, chyba że Naczelna Rada Lekarska w drodze uchwały wskaże wyższą kwotę.
3. Środki Funduszu niewykorzystane w danym roku kalendarzowym przechodzą na następne lata.

§ 3.

Regulamin przyznawania stypendiów stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

Załącznik nr 1 do uchwały NRL nr 9/19/VIII z dnia 25.01.2019 r.

Regulamin przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej

§ 1.

Celem przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej, zwanych dalej „Stypendiami NRL” jest umożliwienie lekarzom i lekarzom denty stom odbycia stażu w polskim lub zagranicznym ośrodku lub udział w kursach, warsztatach celem doskonalenia zawodowego.

§ 2.

1. O stypendia mogą się ubiegać lekarze i lekarze dentyści, którzy w dacie składania wniosku nie ukończyli 35. roku życia.

2. O stypendia nie mogą się ubiegać osoby:

- 1) ukarane prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego karami określonymi w art. 83 ust. 1 pkt 1-7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich;
- 2) których prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry zostało zawieszono na mocy właściwej rady lekarskiej lub wobec których właściwa rada lekarska orzekła zakaz wykonywania określonych czynności medycznych;
- 3) wobec których sąd powszechny orzekł środek karny w postaci zakazu wykonywania zawodu lekarza lub zakazu wykonywania zawodu lekarza dentystry lub wobec których zastosowano środek zapobiegawczy w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu lekarza lub lekarza dentystry;
- 4) które w dacie składania wniosku posiadają zaległości w opłacaniu składki członkowskiej na rzecz samorządu lekarskiego.

§ 3.

1. Stypendium NRL może być przyznane lekarzowi lub lekarzowi dentyście tylko jeden raz.
2. Kandydat, któremu nie zostanie przyznane stypendium, może się ubiegać o przyznanie stypendium w kolejnych postępowaniach.

§ 4.

1. Stypendia przyznaje się w kwocie nie wyższej niż 10.000 zł (słownie: dziesięć tysięcy złotych) dla jednej osoby.
2. Stypendium przyznaje się w kwocie pokrywającej:
 - 1) koszty udziału we wskazanej formie doskonalenia zawodowego, w tym opłatę za udział;
 - 2) koszty zakwaterowania;
 - 3) koszty dojazdu;
 - 4) kwotę ekwiwalentu żywieniowego.
3. Wniosek o stypendium NRL może dotyczyć wyłącznie wydarzeń, które odbędzie się w terminie późniejszym niż data przyznania stypendium.

§ 5.

Z ogólnej puli środków przeznaczonych w danym postępowaniu na przyznanie stypendiów, na stypendia dla lekarzy dentystrów przeznaczają się 23% tej puli. W przypadku niewykorzystania w danym postępowaniu puli środków przeznaczonych dla lekarzy albo dla lekarzy dentystrów, środki te mogą być wykorzystane na przyznanie stypendiów dla drugiej grupy zawodowej.

§ 6.

1. Wnioski o stypendia są rozpatrywane cztery razy w roku kalendarzowym.
2. Kwota przeznaczona na przyznanie stypendiów w jednym postępowaniu wynosi 100.000 zł (słownie: sto tysięcy złotych). W przypadku gdy Naczelna Rada Lekarska ustali inną pulę środków na dany rok niż 400.000 złotych, kwota przeznaczona na przyznanie stypendiów w jednym postępowaniu wynosi ¼ puli środków na dany rok.
3. W przypadku niewykorzystania pełnej puli środków w danym postępowaniu, niewykorzystane środki przechodzą na następne postępowanie.

§ 7.

- Osoba ubiegająca się o stypendium składa następujące dokumenty:
- 1) wypełniony wniosek o przyznanie stypendium NRL;
 - 2) dokument potwierdzający wynik z Lekarskiego

Egzaminu Końcowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, a w przypadku lekarza posiadającego tytuł specjalisty – dokument potwierdzający wynik egzaminu specjalizacyjnego;

- 3) dyplom uzyskania stopnia doktora lub doktora habilitowanego nauk medycznych lub nauk o zdrowiu jako załącznik do podpunktu „doświadczenie naukowe” wniosku o przyznanie stypendium NRL;

- 4) listę publikacji naukowych, ogłoszeń zjazdowych kandydata, potwierdzone przez Główną Bibliotekę Lekarską lub Bibliotekę Medyczną funkcjonującą przy odpowiednim uniwersytecie medycznym, jako załącznik do podpunktu „doświadczenie naukowe” we wniosku o przyznanie stypendium NRL. Informacja dla publikacji naukowej musi zawierać następujące podpunkty: tytuł publikacji, autorzy, czasopismo, punktacja MNiSZ, punktacja IF, rok publikacji;
- 5) oświadczenie dotyczące ogłoszenia zjazdowego, w tym sesji plakatowej, jako załącznik do podpunktu „doświadczenie naukowe” we wniosku o przyznanie stypendium NRL – wzór oświadczenia umieszczony jest w załączniku nr 3;
- 6) dyplom ukończenia studiów podyplomowych powiązanych tematycznie z ochroną zdrowia jako załącznik do podpunktu „doświadczenie naukowe” we wniosku o przyznanie stypendium NRL;
- 7) dokument potwierdzający odbycie stażu lub kursu zawodowego jako załącznik do podpunktu „kursy i staże zawodowe” we wniosku o przyznanie stypendium NRL;
- 8) zgodę kierownika ośrodka na odbycie stażu w przypadku stażu indywidualnego – jeśli dotyczy stażu;
- 9) potwierdzenie dokonania doskonalenia zawodowego w okresie rozliczeniowym 4-letnim zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystrów.

§ 8.

Wzór wniosku o przyznanie stypendium stanowi załącznik nr 1 do regulaminu.

§ 9.

Kryteria oceny wniosków o przyznanie stypendium określa załącznik nr 2 do Regulaminu.

§ 10.

1. W celu przeprowadzenia procedury przyznawania stypendiów powołuje się Komisję Stypendialną NRL.
2. Komisja Stypendialna NRL jest powoływana na okres kadencji samorządu.
3. W skład Komisji Stypendialnej NRL wchodzi 5 osób będących delegatami na Krajowy Zjazd Lekarzy, w tym co najmniej jeden członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i jeden lekarz dentysta.
4. Komisję Stypendialną NRL powołuje Naczelna Rada Lekarska na wniosek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.
5. Przewodniczącym Komisji Stypendialnej NRL jest członek Prezydium NRL.
6. Członkom Komisji Stypendialnej NRL przysługuje zwrot kosztów podróży, diety podróży, zwrot kosztów noclegu i diety samorządowe na zasadach określonych w uchwale nr 15/02/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 kwietnia

2002 r. w sprawie zasad i trybu zwrotu kosztów podróży, diet podróży i innych świadczeń dla członków samorządu lekarskiego delegowanych na obszarze kraju do wykonywania czynności na rzecz organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz diet samorządowych.

§ 11.

Procedura wyłaniania laureatów stypendiów została opisana w załączniku nr 3 do Regulaminu.

§ 12.

1. Osoba korzystająca ze stypendium zobowiązana jest do złożenia sprawozdań merytorycznego oraz finansowego z wykorzystania stypendium.
2. Sprawozdania wraz z odpowiednimi fakturami lub innymi dokumentami księgowymi potwierdzającymi poniesienie wydatków składa się w terminie 3 miesięcy po jego wykorzystaniu do sekretariatu Naczelnej Izby Lekarskiej lub drogą e-mailową na adres sekretariat@hipokrates.org.
3. Sprawozdanie jest oceniane przez Komisję Stypendialną NRL.
4. W razie wykorzystania stypendium niezgodnie z celem określonym we wniosku lub w razie niezłożenia sprawozdania z wykorzystania stypendium, kwota wypłaconego stypendium podlega zwrotowi w całości lub zakwestionowanej części.
5. Sprawozdanie merytoryczne jest przysyłane Naczelnej Radzie Lekarskiej oraz może być opublikowane na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej.
6. Wzór sprawozdania stanowi załącznik nr 4.

Załączniki 1–4 do regulaminu są dostępne na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

UCHWAŁA Nr 10/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 25 stycznia 2019 r. w sprawie składu Komisji Stypendialnej Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.) w związku z § 10 ust. 3 i 4 Regulaminu przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej stanowiącego załącznik nr 1 do uchwały nr 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r. w sprawie utworzenia funduszu stypendiów dla lekarzy i lekarzy dentystrów w celu doskonalenia zawodowego uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się następujące osoby do składu Komisji Stypendialnej Naczelnej Rady Lekarskiej:

- 1) Michał Bulsa – przewodniczący
- 2) Wojciech Kaatz (lekarz dentysta)
- 3) Robert Szczepara (lekarz)
- 4) Andrzej Wojnar (lekarz)
- 5) Tomasz Koziół (lekarz)

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 11/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 stycznia 2019 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie regulaminu
nadawania odznaczenia „Meritus Pro
Medicis”**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt. 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 z późn. zm.), uchwala się, co następuje:

§ 1.

W załączniku do uchwały Nr 15/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 listopada 2018 r. w sprawie regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis” wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 2 uchyla się ust. 2;
- 2) w § 4 ust. 5 otrzymuje brzmienie:
„6. Kanclerz i Sekretarz sprawdzają prawidłowość i kompletność wniosków o nadanie Odznaczenia i przedstawiają Kapitułę wnioski wraz z opinią w sprawie spełnienia wymogów formalnych wniosku. Wzór opinii stanowi załącznik nr 3 do regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”;
- 3) w § 6 skreśla się ust. 1;
- 4) załącznik nr 3 do Regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis” otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

Załącznik jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl/w_zakladce_Dokumenty.”

**UCHWAŁA Nr 12/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 stycznia 2019 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie organizacji
posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej
poza siedzibą Naczelnej Izby Lekarskiej
oraz zmiany uchwały w sprawie terminów
posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej
w roku 2019 oraz uchwałę w sprawie
terminów posiedzeń Naczelnej Rady
Lekarskiej w roku 2019**

Na podstawie art. 39 ust. 1 oraz art. 5 pkt 20 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168, z późn. zm.), uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 34/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie organizacji posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej poza siedzibą Naczelnej Izby Lekarskiej oraz zmiany uchwały w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2019 § 1 otrzymuje brzmienie:

„§ 1

Zorganizować posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 31 maja 2019 r. w Gdańsku w związku z odbywającym się Kongresem Polonii Medycznej.”

§ 2.

W uchwale nr 20/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 listopada 2018 r. w sprawie terminów

posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2019 znosi się termin 30 maja i dodaje się termin 31 maja.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 1/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 stycznia 2019 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy
o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz
niektórych innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (projekt z dnia 11 grudnia 2018 r.), przekazany przez dr Jarosława Bilińskiego – Przewodniczącego Zespołu do spraw opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przy Ministrze Zdrowia, popiera kierunek głębokiej reformy systemu kształcenia oraz zmian warunków pracy lekarzy i lekarzy dentystów, zainicjowany przez Zespół. Samorząd lekarski oczekuje od Ministra Zdrowia pilnego rozpoczęcia prac nad projektem i podtrzymuje swoją deklarację udziału w konsultacjach projektów aktów prawnych na obecnym etapie legislacyjnym, a więc jeszcze w trakcie ich tworzenia, co traktuje jako zadanie priorytetowe. Naczelna Rada Lekarska, doceniając pracę członków Zespołu włożoną w opracowanie przedmiotowego projektu, wyraża podziękowanie wszystkim osobom zaangażowanym w jego przygotowanie.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 2/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 stycznia 2019 r.
w sprawie obowiązków lekarzy dentystów
wynikających z Rozporządzenia
Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)
2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie
rtęci oraz uchylającego rozporządzenie
(WE) nr 1102/2008**

Naczelna Rada Lekarska popiera stanowisko nr 1/VIII/2019 Prezydium Komisji Stomatologicznej NRL z 4 stycznia 2019 r., w którym zawarto opis działań NRL mających na celu opracowanie optymalnego schematu implementacji przepisów art. 10 Rozporządzenia UE oraz przebieg rozmów w tej sprawie z Ministrem Zdrowia. Zgodnie z art. 10 ust. 4 Rozporządzenia UE od dnia 1 stycznia 2019 r. podmioty prowadzące gabinety stomatologiczne, w których stosowany jest amalgamat stomatologiczny lub w których usuwane są wypełnienia z amalgamatu stomatologicznego lub zębry zawierające takie wypełnienia, są zobowiązane do zainstalowania i utrzymania separatorów amalgamatu.

Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę na fakt, że

normy zawarte w art. 10 Rozporządzenia UE są zaadresowane w sposób niejednoznaczny. Art. 10 ust. 4 Rozporządzenia UE zobowiązuje „podmioty prowadzące gabinety stomatologiczne” do instalacji separatorów; z kolei art. 10 ust. 6 Rozporządzenia UE nakłada na „lekarzy dentystów” obowiązek „aby odpadami amalgamatu, w tym również pozostałościami amalgamatu, jego częściami, wypełnieniami raz zębami, lub ich częściami, zanieczyszczonymi amalgamatem stomatologicznym, zajmował się i dokonywał ich zbiórki upoważniony do tego zakład lub przedsiębiorstwo specjalizujące się w gospodarowaniu odpadami. Lekarze dentysty w żadnym przypadku nie mogą uwalniać – bezpośrednio lub pośrednio – takich odpadów amalgamatu do środowiska.”

Wobec zaadresowania części norm wprost do lekarzy dentystów, Naczelna Rada Lekarska wyjaśnia, że zawarte w art. 10 ust. 6 Rozporządzenia UE zobowiązanie może być skuteczne jedynie wobec lekarzy dentystów prowadzących praktyki lekarskie (z wyjątkiem praktyk w podmiocie leczniczym) oraz będących właścicielami lub kierownikami podmiotów leczniczych.

Ponadto Naczelna Rada Lekarska, sprawując w myśl art. 39 ust. 1 pkt 1) *ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich* nadzór nad sumiennym i należytym wykonywaniem zawodu lekarza dentysty zwraca uwagę na istotny błąd w art. 10 ust. 4 Rozporządzenia UE, polegający na przyjęciu związku pomiędzy usuwaniem zębów zawierających wypełnienia amalgamatu a obowiązkiem instalacji separatora amalgamatu. W ocenie samorządu lekarskiego związek ten nie istnieje. Wypełnienia amalgamatu usuwane są razem z zębami, tym samym razem z usuniętym zębem podlegają zasadom gospodarki odpadami medycznymi i poza nielicznymi sytuacjami, kiedy w trakcie ekstrakcji zachodzi konieczność naruszenia wypełnienia amalgamatowego (np. separacji korzeni z pozostałościami części koronowej zawierającej takie wypełnienie) procedura ekstrakcji zęba nie powoduje dostania się opilków amalgamatu do wody opuszczającej system wodny unitu stomatologicznego (a tylko tę część obsługuje separator).

Wobec powyższego, dla ustalenia obowiązku instalacji separatora bez znaczenia pozostaje gotowość do udzielenia pacjentowi pomocy, polegającej na:

- trepanacji komory zęba poprzez istniejące wypełnienie amalgamatowe,
- ekstrakcji, również z separacją korzeni zęba z resztą części koronowej zawierającą takie wypełnienie, lub
- sytuacji, w której lekarz dentysta uzna założenie takiego wypełnienia za absolutnie niezbędne z uwagi na szczególne potrzeby medyczne pacjenta (art. 10 ust. 2 Rozporządzenia UE).

Jednocześnie z niniejszym Stanowiskiem Naczelna Rada Lekarska podejmuje apel do:

1. Prezesa Rady Ministrów, o objęcie inwestycji instalacji separatora amalgamatu w podmiotach wykonujących działalność leczniczą jedną z form refundacji kosztów, z wykorzystaniem środków publicznych, w tym z funduszy celowych, lub poprzez narzędzia o charakterze podatkowym (odpis od podatku lub pomniejszenie podstawy opodatkowania);

2. Ministra Zdrowia, o uzupełnienie wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego o procedurę usunięcia wypełnienia amalgamatowego.

Ww. apele stanowią wyraz przekonania Naczelniej Rady Lekarskiej o braku podstaw do nałożenia na lekarzy dentystów obowiązku usuwania skutków stosowania przez lata, niegdyś jedyne go dostępnego w publicznej służbie zdrowia – materiału do wypełnień w zębach bocznych.

Naczelnia Rada Lekarska stoi na stanowisku, że od dnia 1 stycznia 2019 r. praca gabinetu lekarza dentysty, w aspekcie stosowania amalgamatu stomatologicznego powinna polegać na zastosowaniu się do jednego z trzech modeli:

Model 1: do czasu podjęcia przez władze publiczne decyzji, o których mowa w apelach wymienionych w pkt. 1 lub 2, gabinety stomatologiczne, które chcą docelowo wykonywać wypełnienia amalgamatowe i je usuwać, a nie chcą bez zapewnienia należytej refundacji ryzykować inwestycji w separator amalgamatu, powinny w regulaminie podmiotu, sporządzonym na podstawie art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zawrzeć informację o tym, że do czasu instalacji separatora wsparte skutkami jednej z powyższych decyzji (z pkt. 1 – w przypadku wszystkich gabinetów lub z pkt. 2 – w przypadku gabinetów posiadających kontrakt z NFZ):

- usuwają wypełnienia amalgamatowe tylko w przypadkach, kiedy nie mają możliwości skierowania pacjenta do gabinetu wyposażonego w separator, oraz
- nie zakładają wypełnień amalgamatowych.

Model 2: gabinet inwestujący w chwili obecnej w instalację separatora amalgamatu, lub posiadający taką instalację, spełniającą warunek zatrzymywania co najmniej 95% części amalgamatu (art. 10 ust. 4 lit. a. Rozporządzenia UE) musi mieć możliwość skorzystania z zastosowanej przez władze publiczne formy refundacji kosztów, o której mowa w Apelu NRL do Prezesa RM. Gabinet taki, z racji posiadania separatora pracuje z amalgamatem stomatologicznym usuwając i zakładając wypełnienia amalgamatowe, z zastrzeżeniem wyjątków określonych w art. 10 ust. 2 Rozporządzenia UE (zęby mleczne, wypełnienia u dzieci i młodzieży poniżej 15 r.ż. oraz kobiet ciężarnych i karmiących).

Model 3: gabinet stomatologiczny w regulaminie podmiotu sporządzonym na podstawie art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dodaje informację, że całkowicie i bezterminowo nie zakłada wypełnień amalgamatowych i z zastrzeżeniem przypadków pierwszej pomocy polegającej na trepanacji zęba poprzez wypełnienie amalgamatowe – również ich nie usuwa.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 3/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 25 stycznia 2019 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy –
Prawo farmaceutyczne

Naczelnia Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy –Prawo farmaceutyczne, o treści którego poinformował Główny Inspektor Farmaceutyczny, Pan Paweł Piotrowski, pismem z dnia 4 stycznia 2019 r.,

znak: PL.022.9.2018.MO.12, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

APEL Nr 1/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 25 stycznia 2019 r. do Ministra Zdrowia o uzupełnienie katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego o świadczenie usunięcia wypełnienia amalgamatowego

Naczelnia Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o uzupełnienie katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego zawartego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego o świadczenie usunięcia wypełnienia amalgamatowego z jednoczesnym przypisaniem ww. świadczeniu – do czasu dokonania taryfikacji świadczeń – nie mniej niż 60 punktów rozliczeniowych.

Wobec nowych obowiązków nałożonych na lekarzy dentystów w art. 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008, związanych z koniecznością instalacji od dnia 1 stycznia 2019 r. separatorów amalgamatu oraz mając na uwadze, że w wykazie materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych, określonych w załączniku nr 11 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego znajduje się amalgamat, wniosek ten, podyktowany względami bezpieczeństwa pacjentów oraz lekarzy dentystów jest jak najbardziej zasadny.

Wycena publicznych świadczeń stomatologicznych, będąca wynikiem niezmiennej od lat oraz znacznie zróżnicowanej w obrębie kraju wyceny punktu rozliczeniowego – nie pozwala gabinetom stomatologicznym na sfinansowanie inwestycji instalacji separatorów amalgamatu z bieżących przychodów kontraktów stomatologicznych. Wobec powyższego określenie wprost w rozporządzeniu liczby 40 punktów rozliczeniowych zabezpieczy stały poziom wyceny tego świadczenia, do czasu rzetelnej taryfikacji wszystkich świadczeń stomatologicznych.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

APEL Nr 2/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 25 stycznia 2019 r. do Prezesa Rady Ministrów o refundację kosztów dostosowania gabinetów stomatologicznych do wymogów wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008

Naczelnia Rada Lekarska apeluje do Prezesa Rady Ministrów o pilne podjęcie działań mających na celu refundację kosztów dostosowania gabinetów stomatologicznych do wymogów wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008 (dalej: Rozporządzenie UE).

Zgodnie z art. 10 ust. 4 Rozporządzenia UE od dnia 1 stycznia 2019 r. gabinety stomatologiczne, w których stosowany jest amalgamat stomatologiczny lub w których usuwane są wypełnienia z amalgamatu stomatologicznego lub zęby zawierające takie wypełnienia, muszą być wyposażone w separator amalgamatu.

Podkreślenia wymaga, że stosowanie przez lekarzy dentystów separatorów amalgamatu nie służy ani zapewnieniu lepszej jakości świadczeń stomatologicznych, ani ułatwieniu pracy lekarzy dentystów, jest wymogiem wyłącznie z zakresu ochrony środowiska.

Jednocześnie samorząd lekarski zwraca uwagę, że realizacja ww. obowiązku stanowi dla lekarzy dentystów znaczny wydatek, a koszt instalacji (zakup i montaż) separatora amalgamatu nie będzie jedynym wydatkiem związanym z wykonaniem przedmiotowego obowiązku. Na gabinetach stomatologicznych będzie ciążyła konieczność pokrycia kosztów serwisowania zainstalowanych urządzeń, a wraz z upływem lat – ich wymiany, a także pojawią się zwiększone koszty związane z utylizacją odpadów amalgamatowych.

Współcześnie w leczeniu stomatologicznym amalgamat jest materiałem zdecydowanie rzadziej stosowanym niż w latach poprzednich, a stopień emisji rtęci w leczeniu stomatologicznym w porównaniu z emisją rtęci w przemyśle jest znikomy. W związku z powyższym koszt instalacji i utrzymania przez lekarzy dentystów separatorów jest nieadekwatny do zagrożenia wywołanego przez emisję rtęci stosowanej w leczeniu stomatologicznym i tym samym powinien znaleźć odzwierciedlenie w regulacjach umożliwiających lekarzom dentystom uzyskanie pokrycia kosztów z tym związanych.

Wobec powyższego oraz biorąc pod uwagę, że celem przedmiotowego Rozporządzenia UE jest wyłącznie ochrona środowiska, będąca zadaniem należącym do władz państwowych oraz samorządu terytorialnego Naczelnia Rada Lekarska apeluje o refundację kosztów dostosowania gabinetów stomatologicznych do wymogów wynikających z Rozporządzenia UE, poprzez zaangażowanie środków publicznych, m.in. środków z funduszy celowych, lub unijnych bądź umożliwienie odliczenia tych kosztów od podatku czy też pomniejszenie podstawy opodatkowania.

Samorząd lekarski wskazuje przy tym, że wiele nakładanych przez Państwo obowiązków z zakresu ochrony środowiska korzysta ze znacznego sfinansowania ze środków budżetowych lub innego rodzaju wsparcia finansowego.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Ważny element systemu

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce było gospodarzem Europejskiego Kongresu Lekarzy Rodzinnych, który odbył się w czerwcu 2018 r. w Krakowie. Ekscytujący wykład wygłosił doktor ekonomii Mukesz Chawla, ekspert w dziedzinie ekonomiki zdrowia Banku Światowego.

TEKST JACEK R. ŁUCZAK, Kolegium Lekarzy Rodzinnych

Żyjemy w fantastycznym świecie. W najlepszym dla ludzkości, historycznym czasie intensywnego rozwoju. Radykalnie zmniejszyło się światowe ubóstwo”.

Dane zaprezentowane przez Bank Światowy potwierdzają postępy poczynione w pomaganiu biednym w ciągu ostatnich 25 lat. W ubóstwie żyje 1,1 mld osób mniej niż w 1990 r. pomimo wzrostu liczby ludności. W latach 1990–2015 populacja na świecie zwiększyła się o 2 mld osób – z 5,3 do 7,3 mld. Z kolei liczba osób żyjących w skrajnym ubóstwie zmalała z 1,9 mld do 700 mln. Jak podano, do zmniejszenia ubóstwa przyczyniły się głównie kraje Azji Wschodniej i Pacyfiku, wśród nich Chiny, Indonezja oraz Indie. Tak dobre dane przybliżają świat do realizacji celu postawionego przez ONZ, czyli likwidacji problemu skrajnego ubóstwa do 2030 r. Czynnikiem negatywnym jest natomiast pogłębiająca się, szczególnie w ciągu ostatnich 25 lat, globalna nierówność dochodów.

Spektakularnie rośnie oczekiwana długość życia. W ciągu ostatnich 50 lat life expectancy wzrosło o tyle, co przez poprzednich 1000 lat. Umieralność niemowląt w tym czasie radykalnie zmniejszyła się. Wzrosła wiedza o zachowaniach prozdrowotnych.

Europa to wyjątkowo uprzywilejowane miejsce: żyje tu mniej niż 10 proc. światowej populacji, która posiada nieco ponad 1/3 światowego bogactwa, a średni dochód na osobę jest trzykrotnością średniej światowej. W Europie mamy prawie 4,5 mln milionerów (prawie 1/3 milionerów światowych), a dziecko tutaj urodzone może oczekiwać życia dłuższego o 10–15 lat w porównaniu z większością krajów świata.

Paradoksalnie, europejskie systemy opieki zdrowotnej nie funkcjonują dobrze. W wielu krajach wydatki na ochronę zdrowia rosną szybciej niż dochody. Społeczeństwa szybko się starzeją. Do 2050 r. ponad 30 proc. populacji będzie miało powyżej 60 lat, a 4 z 5 porad będzie udzielanych osobom po 65. r.ż. 19 z 20 krajów najszybciej starzejących się to kraje europejskie (+ Japonia).

Mukesz Chawla zauważa, że do tej pory nikt nie dostał Nagrody Nobla w dziedzinie ekonomiki zdrowia. Na sektor zdrowia można wydawać nieskończoną ilość pieniędzy. To z tego powodu racjonalna ekonomia tutaj nie działa.

Dr Chawla poszukuje odpowiedzi na pytanie: co rzeczywiście przeszkadza w procesie sprawowania opieki w sektorze zdrowia? Jego zdaniem decydująca dla pacjentów jest jakość relacji w sektorze zdrowia (personal interactions).

“

W latach 1990–2015 populacja na świecie zwiększyła się o 2 mld osób – z 5,3 do 7,3 mld.

W zapewnieniu personal interactions naturalną, dominującą rolę może odegrać dobrze zorganizowana medycyna rodzinna. Właściwie przygotowany i posadowiony w systemie (gate keeper) lekarz rodzinny jest pierwszą, godną zaufania „interakcją”. Nadzieję na rozwiązanie większości problemów i zmniejszające niepokój pokierowanie i towarzyszenie pacjentowi w relacjach z wytwórcami usług wysokospecjalistycznych.

Rząd chiński, po konsultacji z ekspertami Banku Światowego, uznał znaczenie łatwo dostępnej, wydajnej ekonomicznie, niwelującej nierówności w zdrowiu oraz sprawowanej na wysokim poziomie jakościowej opieki lekarzy rodzinnych. Jedną z dźwigni planowanych reform jest decyzja o wyszkoleniu dodatkowych 400 tysięcy specjalistów.

W tym kontekście nasze potrzeby wyspecjalizowania 10 tysięcy lekarzy rodzinnych, w oparciu o struktury akademickie uniwersytetów medycznych i Instytutu Medycyny Rodzinnej w Lublinie, wydają się być „bulką z masłem”. ■



gazetalekarska.pl

Centrum Onkologii – Instytut realizuje pilotażowy program profilaktyczny w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla POZ.

Link do wystąpienia dra Mukesza Chawli: <https://www.youtube.com/watch?v=GGCakVqljAA>

ZDROWIE PUBLICZNE

Pan ma gorzej

Jeśli marzysz o długim życiu, to musisz być kobietą z wyższym wykształceniem i mieszkać w jednym z największych miast, ale nie w Łodzi.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**

To nie żart. Taki wniosek płynie z najnowszego raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”. To prawie 500-stronicowy dokument publikowany co cztery lata przez NIZP-PZH, którego najnowsza edycja właśnie ukazała się pod redakcją prof. Bogdana Wojtyniaka i dr. Pawła Goryńskiego.

Jeśli spojrzymy na dane dotyczące długości życia, to od razu widać, że w naszym kraju lepiej być kobietą. 74 lata – statystycznie tyle lat żyje Polak. To o prawie 8 lat krócej niż statystyczna Polka. Dla porównania: mężczyźni w UE żyją przeciętnie o prawie 5 lat dłużej niż w naszym kraju, a kobiety o 2 lata. Generalnie w Polsce umieramy w coraz późniejszym wieku, ale długość życia w zasadzie przestała się wydłużać. Eksperti alarmują, że w latach 2014-2017 wzrosła ona zaledwie o 0,2 roku u obu płci, co stanowi najgorszy wynik od ponad ćwierćwiecza. Mimo to statystyczny Polak żyje obecnie ponad 8 lat dłużej niż to było tuż po transformacji ustrojowej, a Polka o 6,5 roku dłużej.

KTO JE NIEZDROWO?

Płeć jest ważna, ale duże znaczenie ma również poziom wykształcenia, ba – większe niż może się wydawać. Aż o 12 lat krócej będą żyć obecnie 30-letni mężczyźni z wykształceniem podstawowym niż ich rówieśnicy posiadający dyplom wyższej uczelni. U pań ta zależność także występuje, choć w mniejszym stopniu. Kobiety z wyższym wykształceniem przeciętnie żyją o 5 lat dłużej od tych, które zakończyły edukację w gimnazjum lub wcześniej. U osób słabiej wykształconych częściej występuje nadwaga, a biorąc pod uwagę otyłość, poziom wykształcenia silnie wpływa na jej występowanie zwłaszcza u pań. Zbyt duża masa ciała odpowiada za utratę 11,3 proc. lat przeżytych w zdrowiu (DALY). Powody problemów z wagą są różne, ale jednym z najważniejszych jest niewłaściwy sposób odżywiania. To, co ląduje na naszych talerzach, zależy m.in. od tego, na jakim etapie zakończyliśmy edukację. Co czwarty mężczyzna zamieszkały w mieście i co piąty na wsi nie jada codziennie owoców. Spożycie warzyw między województwami w 2016 r. wahało się od

4,3 kg miesięcznie na osobę w woj. wielkopolskim do 6,1 kg w woj. lubelskim. Niskie spożycie owoców odpowiada za utratę 3,7 proc. lat przeżytych w zdrowiu, a warzyw – za 2,5 proc. Oczywiście jest to, że grubość portfela silnie wpływa na obecność takich produktów na domowym stole, a osoby gorzej wyedukowane rzadziej są aktywne fizycznie i częściej sięgają po papierosy.

GDZIE ZAMIESZKAĆ?

Najmniej korzystnym środowiskiem do życia są małe miasteczka liczące poniżej 5 tys. mieszkańców. Jeśli komuś zależy na długim życiu, to, co do zasady, powinien zamieszkać w jednym z największych miast, ale z wyjątkiem Łodzi. Łodzianie żyją nawet krócej niż osoby z małych miasteczek. Mężczyźni mieszkający w Rzeszowie żyją o prawie 8 lat dłużej niż ci z Piotrkowa Trybunalskiego (niemal 78 vs. ponad 70 lat). Wśród kobiet w długości życia najlepiej wypadają mieszkanki Białegostoku (ponad 84 lata), a najgorzej te z Rudy Śląskiej (78,5 roku). Analizując długości życia w powiatach, okazuje się, że mężczyźni najdłużej żyją

Ile lat średnio żyją kobiety? (dane z lat 2015-2017)

84,2

Białystok

84,1

Tarnobrzeg

80,0

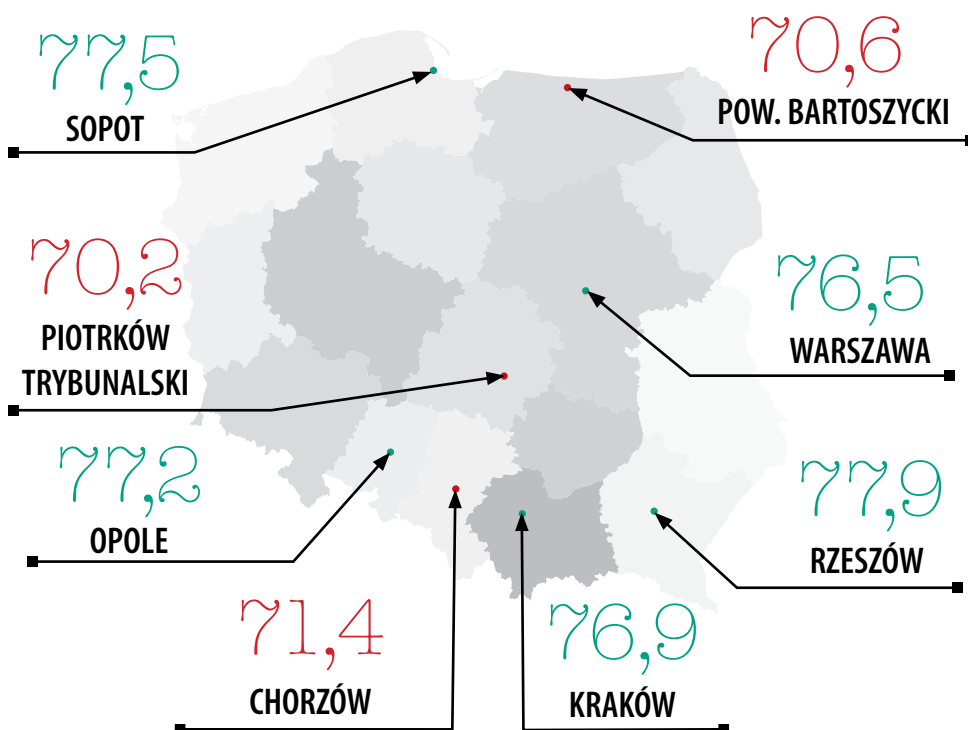
Łódź

78,5

Ruda Śląska

w południowej i środkowo-zachodniej części kraju, a kobiety we wschodniej. Dla panów najlepsze województwa pod tym względem to podkarpackie i małopolskie, najgorszym jest łódzkie. Te różnice mogą wynikać nie tylko ze stylu życia, ważna rola przypada również m.in. poziomowi wsparcia społecznego i więzom międzyludzkim. To, że choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe stanowią dwie najważniejsze przyczyny zgonów w Polsce, wiemy od dawna. Raport NIZP-PZH to precyzuje: w 2016 r. były one odpowiedzialne za prawie 70 proc. wszystkich zgonów. Zagłębiając się w statystyki wnikliwie, okazuje się, że prawie co druga osoba w Polsce umiera z powodu chorób serca i naczyń, a co czwarta z powodu nowotworów. Innymi słowy: gdybyśmy w swoim miejscu pracy ustawili wszystkich w rzędzie, każdy zacząłby odliczać od jednego do czterech, to ci, którzy wypowiedzieliby na głos „cztery”, statystycznie odejdą z tego świata przez raka.

Ile lat średnio żyją mężczyźni? (dane z lat 2015-2017)



CO WPĘDZA DO GROBU?

Dużo ciekawych wniosków niesie analiza przyczyn zgonów. Jeśli weźmiemy pod uwagę wszystkie kobiety przed 75. r.ż., najbardziej zagrażają im nowotwory złośliwe, a choroby układu krążenia są na drugim miejscu (w najstarszym wieku te ostatnie stają się dla pań zagrożeniem numer jeden). Dla mężczyzn przed 75. r.ż. największym zagrożeniem są choroby układu krążenia, w trochę mniejszym stopniu nowotwory. Generalnie

przedwcześnie umiera znacznie więcej mężczyzn niż kobiet. Upadki powodują więcej zgonów niż zdarzenia drogowe. Te pierwsze są najważniejszą przyczyną zgonów wśród powodów wszystkich wypadków, wyprzedzając wypadki komunikacyjne, zatrucia, utonięcia oraz działanie dymu, ognia i płomieni. Z tego powodu do szpitali częściej trafiają kobiety, ale to dla mężczyzn stanowią one większe niebezpieczeństwo dla życia.

Zagrożenie życia z powodu upadku jest silnie zróżnicowane w zależności od miejsca zamieszkania – najgorzej jest w woj. podlaskim, zaraz za nim jest śląskie i małopolskie, a najlepiej w woj. lubelskim i zachodniopomorskim. W obliczu starzenia się społeczeństwa problem wydaje się wart znacznie większej uwagi. Tym bardziej, że z niektórych badań wynika, że połowa osób w wieku 65+ w Polsce doświadczyła upadku w ciągu roku. ■



**PROF. BOGDAN
WOJTYŃSKI**

NIZP-PZH

Polak żyje krócej o 7 lat niż Włoch, a Polka o 5 lat mniej od Hiszpanki. Od krajów Europy Zachodniej najbardziej różni nas stan zdrowia osób w wieku 25-64 lata, np. polscy mężczyźni w tej grupie wiekowej umierają na choroby serca 4-krotnie częściej niż Holendrzy czy Duńczycy. Od wielu lat widzimy spore różnice w stanie zdrowia osób mieszkających w różnych częściach Polski, i wcale nie z powodu gorszego dostępu do służby zdrowia. W Łodzi i woj. łódzkim mężczyźni żyją najkrócej w kraju

praktycznie od początku transformacji, choć opieka zdrowotna działa tam na wysokim poziomie. W Łodzi częściej niż w innych regionach obserwuje się różne choroby wynikające z nadmiernej konsumpcji alkoholu (np. marskość wątroby, zatrucia alkoholowe, zaburzenia psychiczne) czy udary, do których – jak wiadomo – przyczyniają się m.in. palenie papierosów i także picie alkoholu. Mężczyźni żyją najdłużej w Rzeszowie, ale nie dlatego, że jest tam świetna opieka. Mieszkańcy Podkarpacia po prostu żyją inaczej. Spośród wszystkich województw to właśnie tam pali się najmniej papierosów, a ten nałóg w największym stopniu przyczynia się do śmierci Polaków. ■

RZECZNIK PRAW PACJENTA

Co najbardziej boli?

Które obszary systemu ochrony zdrowia są najgorzej oceniane i nastroczają chorym najwięcej problemów? Czy choć niektórym z nich można już teraz zaradzić, ku zadowoleniu pacjenta, ale też personelu medycznego, w tym lekarza?

TEKST LIDIA SULIKOWSKA

Pod koniec stycznia ujrzał światło dzienne raport Rzecznika Praw Pacjenta, w którym podjęto próbę odpowiedzi na te pytania. Analizie poddano zgłoszenia problemów kierowane na infolinię RPP w ciągu ostatnich czterech lat.

Jak podliczono, w latach 2015-2018 eksperci dyżurujący pod telefonami odebrali prawie 200 tys. połączeń. Najwięcej zgłoszeń dotyczyło świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach NFZ (zdecydowana większość w ramach leczenia szpitalnego, AOS, POZ, psychiatrii i stomatologii). Niezalenie od zakresu działania podmiotów leczniczych, duża część telefonów poruszała kwestie związane z dokumentacją medyczną (nieudostępnianie, braki, nieczytelność), a także udzielaniem niewystarczającej informacji przez personel medyczny oraz długim czasem oczekiwania na pomoc.

Najwięcej skarg dotyczyło leczenia szpitalnego, a najbardziej kłopotliwe dla pacjentów oddziały to SOR, ortopedia, interna, chirurgia ogólna, neurologia oraz ginekologia i położnictwo. Narzekano przede wszystkim na dostęp do świadczeń, w tym odmowę udzielania świadczenia w ramach kontroli leczenia szpitalnego, odmowę kwalifikacji do leczenia szpitalnego

i długie kolejki oczekujących. Część osób dzwoniących sygnalizowała, że musiała dostarczyć własne leki na oddział, inni - że uzależniano przyjęcie do szpitala od wykonanych wcześniej badań diagnostycznych. Pojawiły się też zastrzeżenia do procesu leczniczo-diagnostycznego, warunków pobytu i zachowania pracowników oddziałów szpitalnych.

KŁOPOT Z REJESTRACJĄ?

W przypadku AOS także narzekano na dostęp do świadczeń zdrowotnych, z czego najwięcej zgłoszeń dotyczyło problemów z rejestracją, ich liczba przekroczyła nawet te dotyczące samego czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty czy na badanie diagnostyczne.

Na jakie problemy skarżyli się najczęściej pacjenci przychodni

“

Najbardziej kłopotliwe dla pacjentów oddziały to SOR, ortopedia, interna, chirurgia ogólna, neurologia oraz ginekologia i położnictwo.

POZ? Na brak możliwości wizyty u lekarza w dniu zgłoszenia, a także odmowę rejestracji na wizytę w trybie nagłym i zapisu na późniejszy termin. Skarżono się też m.in. na niewydawanie zlecenia na wykonanie badań diagnostycznych oraz na odmowę wizyty w domu pacjenta. Znaczna część zgłoszeń dotyczyła samej organizacji pracy przychodni i zachowania pracowników.

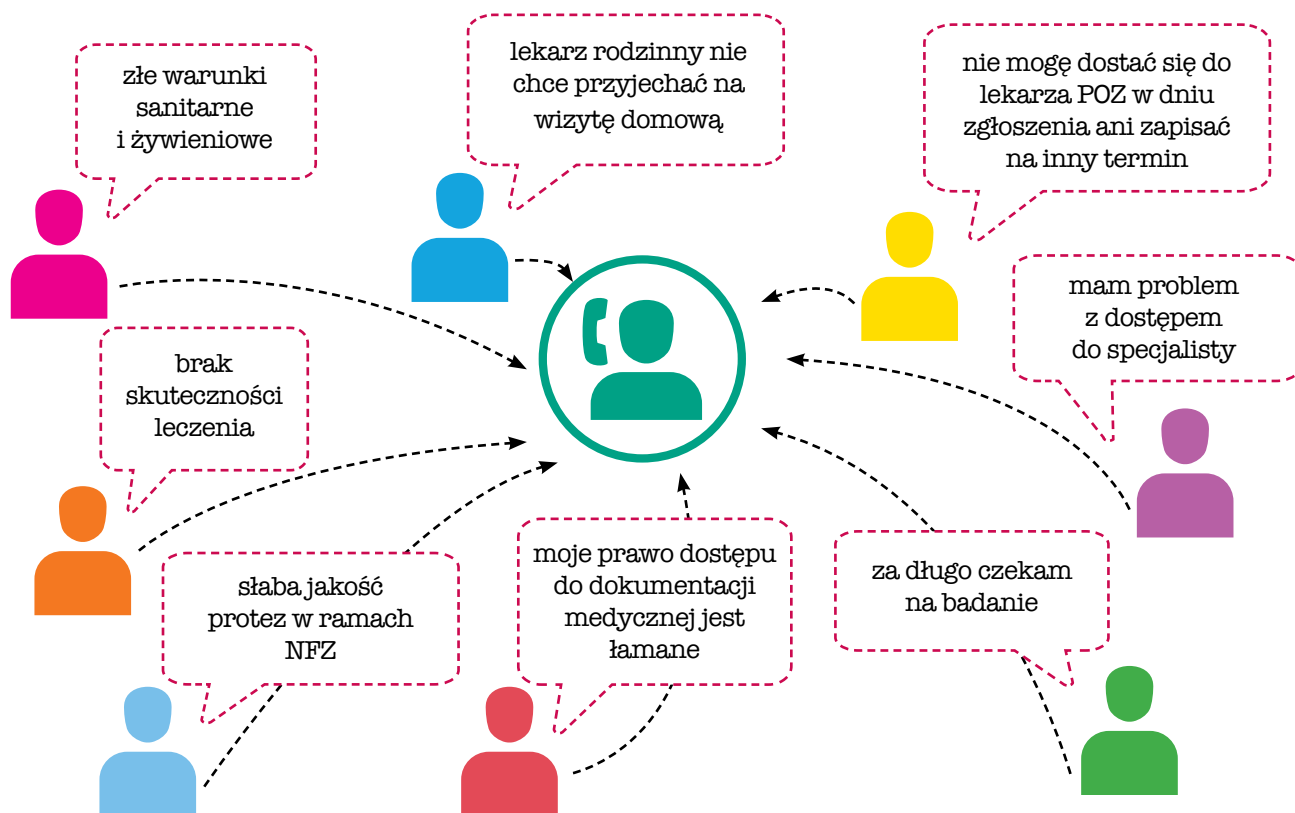
PSYCHIATRIA I STOMATOLOGIA

W zakresie opieki psychiatrycznej wskazywano m.in. na nieuzasadnione hospitalizacje, ale też odmowę kwalifikacji do leczenia na oddziale, były również uwagi dotyczące trybu leczenia farmakologicznego oraz zastrzeżenia do standardów i warunków pobytu, w tym wyżywienia.

200 tys.

**tyle było połączeń z infolinią
Rzecznika Praw Pacjenta
w latach 2015-2018**

Z jakimi problemami dzwonią pacjenci na infolinię Rzecznika Praw Pacjenta?



Kolejny obszar, który pojawiał się w rozmowach telefonicznych, dotyczył stomatologii. Skarżono się przede wszystkim na nieudzielenie świadczenia w trybie nagłym, a także długi czas oczekiwania (przede wszystkim na zabiegi ortodontyczne i protetyczne). Dzwoniący

narzekali na brak dostępu do wysokiej jakości materiałów stomatologicznych i możliwości kanałowego leczenia zębów trzonowych i przedtrzonowych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Rozmówcy mieli też zastrzeżenia do jakości protez wykonanych na NFZ.

Warto podkreślić, że analiza zgłoszeń na infolinię RPP nie daje jednoznacznej odpowiedzi, które obszary ochrony zdrowia działają najgorzej. Dzwoniący są anonimowi i nie weryfikuje się prawdziwości każdego zgłoszenia, raport wskazuje jednak, gdzie może dziać się źle i wstępnie zdefiniować problem. ■



MAREK CYTACKI

naczelnik
w Departamencie
Postępowań
Wyjaśniających,
Biuro RPP

Połowa wszystkich zgłoszeń dotyczy prośby o udzielenie informacji, więc infolinia pełni przede wszystkim rolę doradczą-informacyjną. Reszta to zgłoszenia od niezadowolonych pacjentów. Z moich obserwacji wynika, że zdecydowana większość z nich jest spowodowana czynnikiem ludzkim, czasem przez samego chorego, ale jednak w większości przypadków przez personel medyczny. Myślę, że gdyby w tej relacji było mniej emocji, a więcej zrozumienia oraz przestrzegania obowiązujących procedur, większości z tych zgłoszeń by nie

było. Z czego ten błąd ludzki wynika? Być może jest powodowany złą organizacją systemu, ale uważam że to rolą pracownika jest, aby nie eskalować konfliktu i tak przekazać informację, nawet jeśli nie jest ona pozytywna, by pacjent był przekonany, że chciano mu pomóc. Często jednak tak się nie dzieje. Szwankującym ogniwem jest recepcja, ale też lekarze nie potrafią zbudować relacji z pacjentem. Oczywiście lekarz ma tyle obowiązków administracyjnych, że brakuje czasu dla chorego. Jest potrzeba odbiurokratyzowania, ale na to nie ma pieniędzy, z kolei bez finansowania nie ma dobrej organizacji pracy, a bez tego nie da się zbudować pozytywnej postawy wśród personelu medycznego. Trzeba jednak próbować. ■

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Selfie

Sala porodowa. Szpital przyjazny dziecku – to znaczy, że rodzice w dużej mierze decydują o tym, jak przebiega poród. Czują się bezpieczni, mają dobry kontakt z położną. Postanawiają więc udokumentować to, być może najważniejsze, wydarzenie w życiu ich rodziny.



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Z pomocą przychodzi im technika – sportowa kamera, przytwierdzona do czoła ojca, obserwuje wszystko, jak trzecie oko. W pogotowiu leżą przygotowany aparat fotograficzny i smartfon na specjalnym wysięgniku, umożliwiającym wykonanie w odpowiedniej chwili autoportretu.

W kluczowych momentach wydawać by się mogło, że ojciec in statu nascendi, jak wieloreka bogini Kali, jednocześnie fotografuje, filmuje, wachluje, masuje i podaje swej partnerce wodę. Już słyhać płacz dziecka, jeszcze połączonego z matką pępowiną. Noworodek ląduje w objęciach mamy i następuje pełna konsternacja chwila – ręka ojca, mająca symbolicznie przeciąć pępowinę, jest zajęta aparatem fotograficznym... Matka

przytomnie przejmuje władanie nad selfiestickiem i pstryk! – Można wysłać fotografię znajomym i rodzinie... Nie wymyśliłam tego obrazka. Stałam z boku. Trochę wzruszona – jak za każdym razem, od ćwierćwiecza. Trochę smutna, bo w poczuciu odbierania tej wyjątkowej chwili intymności.

Tych, którzy krzyknęli teraz, że przecież nie wolno fotografować w szpitalu, zapewniam – sprawa nie jest taka oczywista. Jeśli tylko wszyscy w obrębie kadru wyrażają na to zgodę, nie ma podstaw do podnoszenia larum.

Szatański pomysł utrwalania swojego wizerunku dla potomności to zresztą żadna nowość. Zakiełkował dawno temu w głowie naszego dalekiego przodka zamieszkującego nieopodal Willendorfu. Zadanie było trudne, bo pra- , po wielokroć, dziadek do dyspozycji miał tylko twardy kamień i dość korpulentną modelkę o nienachalnej urodzie. To jednak, że o tym teraz piszę jest najlepszym dowodem, że osiągnął cel.

Kolejne pokolenia podchwyciły pomysł i jedynie udoskonalały technikę – węglem na desce, pędzlem na płótnie, tuszem na kartce papieru – by zachować na zawsze obraz zmieniających się kanonów urody,

obyczajów i stylów haute couture. Liczyła się staranność w odwziewiedleniu rzeczywistości i pokazaniu detalu – to wymagało nie lada umiejętności, a przede wszystkim było czasochłonne, a co za tym idzie kosztowne. Aż ktoś wymyślił malowanie światłem – fotografię – idealny wynalazek dla epoki, w której „żyjemy dłużej/ ale mniej dokładnie/ i krótszymi zdaniami”.

W tej historii ważną rolę odegrał też pewien złotnik z Filadelfii – pan Robert Cornelius.

W 1839 r. zasiadł na długie minuty – tego wymagała raczkująca dopiero technika fotograficzna – przed obiektywem swojego aparatu, stając się tym samym autorem pierwszego, tak wykonanego, autoportretu. Wyobrażam sobie, jak w skupieniu obserwował pojawiającą się na płytce dagerotypu własną twarz, potargane włosy i smutne spojrzenie. Może szukał w nim czegoś, co umyka uwadze w ulotnym lustrzanym odbiciu? A może przeczuwał, że właśnie otwiera przed potomnymi piekielne wrota fotograficznego narcyzmu? Może pytanie, malujące się na tym zdjęciu na twarzy pana Corneliusa, brzmiało więc nie: „czy to się uda?”, ale „co

“

W kadrze wypada zatrzymać nie tylko chwile ważne i warte zapamiętania, ale wszystkie – dosłownie wszystkie.

“

W cyfrowej chmurze krążą tysiące fotografii – także tych z sal porodowych. Brakuje im urody renesansowych portretów – bezcieniowa lampa nie daje wcale magicznego efektu chiaroscuro, a stroje to raczej prêt-à-porter niż krawiectwo z wysokiej półki.

z tego wyniknie?” A może po prostu zmartwił się, gdy dopiero na zdjęciu zobaczył, że tego dnia zwyczajnie zapomniiał się ogolić...

Pomysł pana Roberta okazał się brzemienny w skutkach, a przewrotny los uczynił z niego – jako autora pierwszego w dziejach selfie – patrona fotograficznego ekshibicjonizmu.

Wystarczyło bowiem tylko dopracować technologię, zamienić powleczone warstwą jodku srebra miedzianą płytkę na cyfrową matrycę i zainstalować ją w jakimś urządzeniu powszechnego użytku – by kompulsywne fotografowanie w dowolnych dekoracjach i sytuacjach stało się powszechnie akceptowaną – a nawet towarzysko pożądaną – czynnością.

Fotograficzny imperatyw jest egalitarny. Siebie i swoich bliźnich (choć nie zawsze bliskich) portretują wszyscy – niezależnie od wieku, wykształcenia, zasobności portfela i poglądów. Fotografują nie tylko na wakacjach, na rajskiej wyspie, na końcu świata, na ślubnym kobiercu. W kadrze wypadają zatrzymać nie tylko chwile ważne i warte zapamiętania, ale wszystkie – dosłownie wszystkie. Po co? Po to, by się nimi dzielić. Wysłany w wirtualną przestrzeń autoportret potwierdza przecież przynależność do globalnej wioski. A może dla autora jest wręcz potwierdzeniem jego istnienia?

Spadkobiercy pana Corneliusa fotografują się więc bezustannie – w trakcie gotowania i w trakcie jedzenia (a najlepiej pomiędzy tymi czynnościami), tuż przed zaśnięciem i chwilę po obudzeniu, na balu sylwestrowym

i w trakcie sprzątanego garażu, w fotelu i podczas opadania na linie bungee. Czasem można mieć wrażenie, że samo fotografowanie staje się ważniejsze od miejsca, przygody czy smaku potrawy. Portretują swoje smutki i radości, złości i zachwyty, chwile zdrowia i objawy choroby – zaczerwieniony nos nad parującą szklanką herbaty, gips na złamanej na nartach nodze, dziecko w kropki bordo, którego rodzice nie zaszczepili w odpowiednim momencie przeciwko ospie. Obrazki wysyłane znajomym i nieznanym wracają w postaci życzeń powrotu do zdrowia. Czasem stają się tematem złośliwych żartów i komentarzy, rozpoczynają własne życie w postaci internetowych memów. W cyfrowej chmurze krążą tysiące fotografii – także tych z sal porodowych. Brakuje im urody renesansowych portretów – bezcieniowa lampa nie daje wcale magicznego efektu chiaroscuro, a stroje to raczej prêt-à-porter niż krawiectwo z wysokiej półki. Nie wiem, czy przetrwają tak długo jak biuściasta Wenus z Willendorfu czy portrety współczesnych Rembrandtowi, genialnie nakreślone jego ręką. Może się tak zdarzyć, że będą nawet mniej trwałe niż selfie pana Corneliusa, który rozpętał całe to zamieszanie.

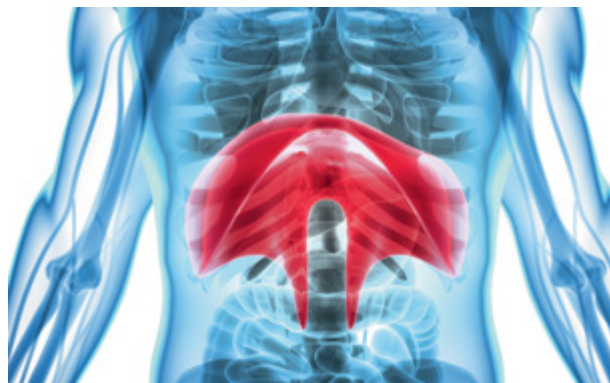
Podobno jednak w otchłani Internetu nic nie ginie. Jeśli okaże się to prawdą, pozostanie po nas kolekcja obrazków mało refleksyjnych i dość amatorskich. ■

W PIGUŁCE

Ważne odkrycie Polaków!

Nieznana rola przepony

O kazuje się, że o przeponie nie wiedzieliśmy wszystkiego. Polscy badacze odkryli niedawno, że pomaga ona utrzymać równowagę ciała.



Mięsień przepony też odpowiada za utrzymywanie równowagi.

Dotychczas uważano, że za równowagę odpowiadają: kontrola wzrokowa, układ przedsionkowy (część narządu słuchu, której element stanowi błędnik) i układ somatosensoryczny (receptory w mięśniach, ścięgnach i torebce stawowej) wraz z mięśniami antygravitacyjnymi. – My dodajemy do tego mięsień przepony. To

czwarty element, który odpowiada za utrzymywanie równowagi – tłumaczy dr Janusz Kocjan z Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Sensacyjne wyniki badań zespołu z SUM i Politechniki Śląskiej ukazały się w „PLOS One”. Dodatkowa rola przepony wynika z faktu, że moduluje ona ciśnienie w jamie brzusznej. Co więcej, z artykułu polskich badaczy jednoznacznie wynika, że im większą grubość ma przepona w momencie wdechu, tym bardziej przekłada się to na lepsze parametry utrzymania równowagi ciała. Naukowcy odkryli również, że im lepsza ruchomość przepony przy normalnym oddychaniu i przy głębokim wdechu, tym mniejsze zachwiania ma badana osoba w pozycji stojącej. To ważna obserwacja w kontekście danych epidemiologicznych, które mówią, że zdecydowana większość ludzi zmagają się z zaburzeniami wzorca oddechowego, czyli oddychaniem torem górnożebrowym, a nie przeponą. Ruchomość przepony jest

u nich mniejsza, co – jak przewidują naukowcy – może prowadzić do zaburzeń równowagi. Dlaczego tak się dzieje? Polscy badacze mają kilka hipotez. Przypuszczają m.in., że w odnogach przepony przyczepionych do odcinka lędźwiowego kręgosłupa znajdują się wyspecjalizowane receptory czucia głębokiego. – Jeśli mamy zbyt małe ciśnienie w obrębie jamy brzusznej, receptory dostają zbyt słabą stymulację, a w konsekwencji pogarszają się parametry równowagi ciała – wyjaśnia dr Janusz Kocjan. W przyszłości zespół planuje także sprawdzić, czy ćwiczenia oddechowe mięśnia przepony mogłyby pomóc w lepszym utrzymaniu równowagi. Gdyby tak się stało, mogłyby to pomóc w rehabilitacji osób z zaburzeniami równowagi, które zdarzają się zwłaszcza wśród seniorów. Narodowy Instytut Geriatrii, Rehabilitacji i Reumatologii szacuje, że co roku w Polsce upada ponad milion seniorów. Biorąc pod uwagę starzenie się społeczeństwa, odkrycie wydaje się tym bardziej cenne. ■

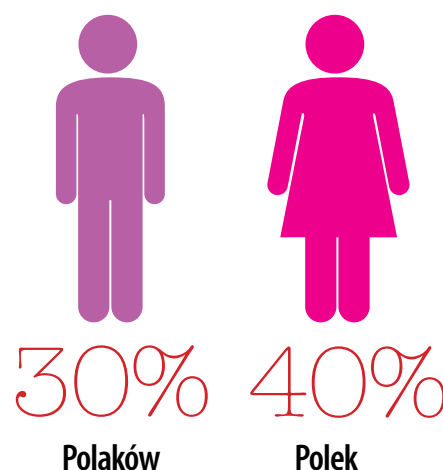
To, co na talerzu, ważne, ale...

S en i wysiłek fizyczny są równie istotne jak sposób odżywiania. Jest na to coraz więcej dowodów naukowych.

Zmodyfikowaną Piramidę Zdrowego Żywienia i Stylu Życia Dzieci i Młodzieży zaprezentowano pod koniec stycznia podczas IV Narodowego Kongresu Żywnościowego w Warszawie, w którym uczestniczyli dietetycy i lekarze z całego kraju. – Jako podstawę nowej piramidy zdrowego żywienia dla dzieci proponujemy aktywność fizyczną oraz właściwe wysypianie się – podkreślił prof. Mirosław Jarosz, dodając, że takie całościowe podejście niezwykle korzystnie wpływa na organizm. – To wręcz bezcenne

lekarstwo – dodał. Eksperti zwracali uwagę, że podstawą zdrowego odżywiania są warzywa i owoce. Dzieci i młodzież powinny spożywać ich co najmniej 400 g dziennie, tymczasem według badań 13-latkowie w Polsce zjadają tylko 70 proc. tej normy. Poza nieprawidłowym odżywianiem zwraca się coraz częściej uwagę na niedoceniane do tej pory czynniki ryzyka wielu chorób (np. otyłości). Są wśród nich m.in.: nieodpowiednia długość snu, nadmierne korzystanie z telewizji, komputera i innych urządzeń elektronicznych, brak właściwej higieny jamy ustnej, brak nawyku kontroli masy ciała, zaburzenia flory bakteryjnej (spowodowane m.in. antybiotykoterapią). ■

Prawidłowa masa ciała



W PIGULCE

Stetoskop jak termometr?

To urządzenie mieści się w dłoni. Skorzystają z niego lekarze, ale nie tylko. Wejście na rynek zaplanowano na przyszły rok.

Poznańskim lekarzom i naukowcom udało się skonstruować pierwszy na świecie inteligentny stetoskop do kontroli układu oddechowego.

“

Niektórych wizyt w POZ można by uniknąć dzięki większej świadomości pacjentów.

Urządzenie jest testowane w 10 krajach. W przeciwieństwie do tradycyjnego stetoskopu, ten może nagrywać i identyfikować dźwięki (w tej chwili rozpoznaje ponad 12 tys. dźwięków, ale to ponoć jeszcze nie kres jego możliwości). W połączonej z urządzeniem aplikacji zapisywane są objawy

(kaszel, katar), poza tym aparat pokazuje, gdzie występują świsty i rzężenia. Jeżeli badanie przeprowadza lekarz, to ma on możliwość zapisania zarówno dźwięku, jak i obrazu graficznego. Jeśli aparatem posługuje się rodzic, po zakończeniu badania otrzymuje informację o ewentualnych nieprawidłowościach wraz z sugestią konsultacji lekarskiej. Dzięki połączeniu z aplikacją w smartfonie dostaje podpowiedzi, gdzie dokładnie na klatce piersiowej umieścić aparat w czasie badania (co jest ważne z punktu widzenia osób bez wykształcenia medycznego). W przyszłości inteligentny stetoskop ma szansę zrewolucjonizować wstępną diagnostykę nie tylko z uwagi na coraz szersze wykorzystywanie telemedycyny. Biorąc pod uwagę deficyt lekarzy, takie wynalazki mogą pomóc w skróceniu kolejek do lekarzy rodzinnych, oczywiście pod warunkiem, że masowo trafiłyby pod strzechy, tak jak stało się np. z termometrem. – Wstępna



ocena funkcjonowania układu oddechowego małego dziecka może uspokoić jego rodziców, że nie dzieje się nic poważnego, jak i znacznie zmniejszyć liczbę niepotrzebnych wizyt u lekarza – mówi dr Michał Sutkowski, prezes Warszawskich Lekarzy Rodzinnych. ■

Prokrastynacja na tapecie

W

iadomo więcej o osobach, które kierują się dewizą: „co masz zrobić dziś, zrób jutro”.

Dzięki wynikom badań polskich neurobiologów dowiedzieliśmy się więcej o mechanizmie prokrastynacji, czyli irracjonalnego odwlekania wcześniej zaplanowanych działań pomimo świadomości, że prowadzi to do późniejszego dyskomfortu czy stresu. Osoby z prokrastynacją ociągają się i odkładają ważne sprawy „na później” m.in. dlatego że przetwarzają własne błędy inaczej niż ci, którzy co do zasady nie odkładają niczego. – Jeśli taką osobę stresuje, że nie uczy się do egzaminu, to jeszcze bardziej naukę odwleka. Jeśli zaś się boi, że jest poważnie chora, tym bardziej się ociąga z wizytą u lekarza – tłumaczy dr Marek Wypych z Pracowni Obrazowania

Mózgu Instytutu Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego w Warszawie. W wyniku przeprowadzonego badania funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI) okazało się, że u osób prokrastynujących mózg pracuje inaczej niż u innych. – U osób z tendencją do odwlekania aktywność przedniej części zakrętu obręczy (ACC) po popełnieniu błędu jest niższa niż u osób, które nie odwlekają – mówi dr Marek Wypych. Podobne zjawisko zaobserwowano w czasie doświadczeń przeprowadzonych u osób zmagających się z uzależnieniami i u więźniów recydywistów. Kara wpływa na aktywność mózgu, bo następuje wzrost aktywności w prawej grzbietowo-bocznej korze przedczołowej (DLPFC), stanowiącej centrum naszej samokontroli. Wnioski? Karanie osób z prokrastynacją za popełnianie błędów to droga donikąd. Nie dość, że są wtedy bardziej zestresowane, to na dodatek nie uczą się niczego nowego. Zdaniem dr. Wypycha takie osoby powinny się pozytywnie wzmocnić. ■



gazetalekarska.pl

“

Neurobiolodzy: warto nagradzać siebie drobną przyjemnością.

POLSKIE INNOWACJE

Dializa pod pełną kontrolą

Naukowcy z Uniwersytetu Warszawskiego opracowali urządzenie do monitorowania hemodializ, które do minimum pozwoli ograniczyć zjawisko niedodializowania pacjentów, a niektórym chorym skróci czas wykonywanego zabiegu.

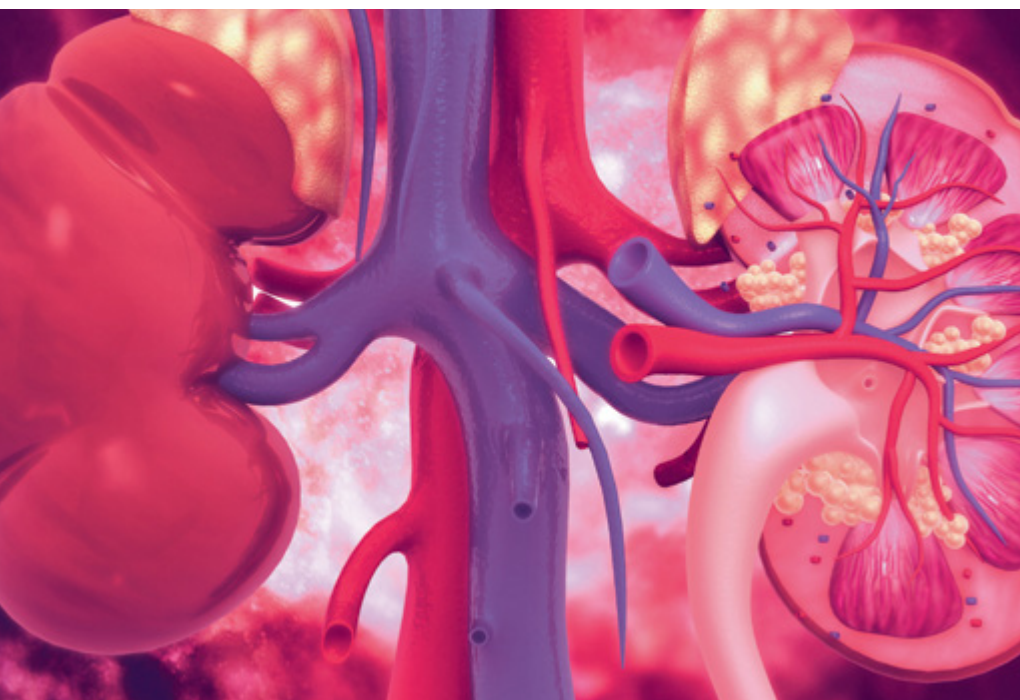
TEKST **LIDIA SULIKOWSKA**

Twórcami innowacji są dr hab. Łukasz Tymecki i mgr Michał Michalec z Wydziału Chemii UW. Badacze postanowili skonstruować uniwersalny, w pełni autonomiczny analizator, który zapewni wiarygodny, bieżący monitoring hemodializ. Urządzenie bazuje na danych, które uzyskuje z analizy płynu poddializacyjnego. Wszystko po to, aby udoskonalić obecnie stosowane zasady postępowania w terapii nerkozastępczej.

Prace prowadzą od 2011 r. Intensywnie współpracują ze specjalistami różnych dziedzin: dializoterapii – prof. Joanną Matuszkiewicz-Rowińską z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz chemii analitycznej – prof. Robertem Konckim z Wydziału Chemii UW. Opracowali już prototyp urządzenia, który teraz jest testowany w stacji dializ WUM. W testach chce uczestniczyć także pięć zagranicznych instytutów medycznych – dwa z Europy, pozostałe spoza Starego Kontynentu.

PRECYZYJNE WYNIKI

Jak przyznają naukowcy, wynalazek musi być jeszcze dopracowany od strony wzorniczej i oprogramowania, ale już teraz działa i na bieżąco poddaje analizie chemicznej płyn poddializacyjny z wynikiem opatrzonym zaledwie pięcioprocentowym



ryzykiem błędu. Urządzenie może być podłączone do dowolnej, dostępnej na rynku maszyny do hemodializy (tzw. sztucznej nerki). – Zastosowaliśmy unikalną metodę detekcji chemicznej toksyn, zamkniętą w urządzeniu kompaktowych rozmiarów, dzięki której otrzymujemy bardzo precyzyjne wyniki na temat wybranych, wzorcowych substancji znajdujących się w płynie poddializacyjnym: mocznika, kreatyniny lub fosforanów.

Analiza jest więc wykonywana w sposób selektywny. Nasz analizator oznacza te substancje w czasie rzeczywistym – tłumaczy Łukasz Tymecki.

19 tys.

tylu pacjentów poddawanych jest w Polsce hemodializie

Jak wyjaśnia drugi z autorów tego rozwiązania, Michał Michalec, obecnie tylko firmy produkujące sztuczne nerki oferują ich doposażenie w podzespoły monitorujące dializę, ale uzyskują one dane w oparciu o pomiar fizykochemiczny, np. poprzez pomiar przewodnictwa dializatu. – Ta metoda jest nieselektywna i opatrzona nawet dwudziestoprocentowym marginesem błędu. Dzieje się tak, gdyż mierzony parametr odpowiada sumie stężeń wszystkich toksyn i dopiero za pomocą algorytmów matematycznych wylicza się, ile poszczególnych substancji usunięto w trakcie dializy. To nie jest wynik opracowany na podstawie rzeczywistego badania i dlatego jest niedokładny. Poza tym, by mechanizm zadziałał, lekarz musi najpierw wprowadzić wiele parametrów chorego, m.in. wiek, wagę, nawodnienie, bo na tej podstawie algorytm szacuje wynik, co zniechęca do korzystania z tego typu urządzeń – wyjaśnia Michał Michalec.



Analizator wykonuje pomiar stężenia toksyn na bieżąco, dzięki czemu lekarz może zakończyć hemodializę w optymalnym momencie.

PERSONALIZACJA

Urządzenie badaczy z UW bezobstęgowo wykonuje ciągły pomiar w płynie poddializacyjnym toksyn usuwanych z organizmu pacjenta. Podaje informację o każdej minucie procesu wykonywanej dializy, dzięki czemu można podjąć decyzję, kiedy zakończyć zabieg, łatwiej też zaplanować dalszą terapię.

– Obecnie stosuje się tabelaryczne metody określania częstotliwości wykonywania dializy



Zabieg ratujący życie

Szacuje się, że na niewydolność nerek cierpi w Polsce nawet ponad 4 mln ludzi (więcej niż na cukrzycę). U osób ze skrajną niewydolnością nerek ratunkiem jest przeszczep zdrowego narządu, jednak co roku wykonuje się tylko około tysiąca takich operacji, więc pacjenci w oczekiwaniu na transplantację muszą mieć wprowadzone leczenie nerkozastępcze. W Polsce jest obecnie dializowanych 20 tys. pacjentów, z czego 19 tys. poddawanych jest hemodializie, a około 1 tys. – dializie otrzewnowej. Zabiegi hemodializy trwają zwykle kilka godzin i są prowadzone kilka razy (najczęściej 3) w tygodniu. Konieczność takiego leczenia jest uciążliwa i utrudnia wykonywanie pracy zawodowej.

i jednorazowego czasu jej trwania, na podstawie wagi, wieku, badań krwi etc. Nie są one jednak w stanie uwzględnić wielu czynników wpływających na efektywność pojedynczych zabiegów, ponieważ zmieniają się one z dnia na dzień. Przez to czas trwania planowanych hemodializ jest w pewnym stopniu wyznaczany teoretycznie i nie odzwierciedla bieżących potrzeb pacjenta. Chory może np. przybrać na wadze, przez co ułożony plan nie będzie adekwatny. Wówczas istnieje ryzyko niedodializowania, co w dłuższej perspektywie może powodować poważne skutki zdrowotne – mówi Michał Michalec.

– Co prawda tabele konstruuje się z nakładem, tak by zminimalizować to ryzyko, ale na tym cierpią pacjenci, bo de facto muszą spędzać więcej czasu na zabiegu niż powinni. I choć zbyt długa hemodializa nie zaszkodzi fizycznie, to jednak zabiera czas choremu. Analizator, który skonstruowaliśmy, wykonuje pomiar stężenia toksyn na bieżąco, dzięki czemu lekarz może zakończyć hemodializę w optymalnym momencie, bo będzie widział od razu, czy krew jest już dostatecznie oczyszczona. W przypadku części pacjentów może nawet dojść do skrócenia czasu poświęcanego na dializowanie, a wiemy, że te zabiegi są uciążliwe i utrudniają

codzienne funkcjonowanie, więc każdy kwadrans mniej na zabieg to duża korzyść dla chorego. To także korzyść dla stacji dializ, bo potencjalnie zwiększy się jej przepustowość – dopowiada Łukasz Tymecki.

BARDZIEJ EFEKTYWNA TERAPIA

Naukowcy idą jeszcze krok dalej. W przyszłości chcą wyposażyć urządzenie w oprogramowanie, dzięki któremu będzie ono korzystać z bazy danych o pacjencie i na tej podstawie samodzielnie obliczy plan optymalnej terapii dotyczący kolejnych cykli dializ. Po to, aby jak najdokładniej dopasować częstotliwość i długość planowanych zabiegów.

Czy urządzenie ma szansę zaistnieć w realnym, medycznym świecie? Wynalazek rozwijany jest przez uniwersytecką spółkę spin off, założoną przy wsparciu Uniwersyteckiego Ośrodka Transferu Technologii Uniwersytetu Warszawskiego. Naukowcy otrzymali wsparcie z programu Inkubator Innowacyjności + na rozwój swojego projektu, starają się też o kolejne dofinansowania i współpracę z zewnętrznymi partnerami. – Oczywiście zależy nam, aby przejść z fazy badań i testów do fazy rynkowej. Myślę, że finalny produkt opracujemy w ciągu najbliższych 12 miesięcy. Będzie łatwy w obsłudze i w bardzo korzystnej cenie – zachęca dr Tymecki. ■

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Jakość zależy od finansów

Z prof. **Andrzejem Marszałkiem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Patologów i konsultantem krajowym w dziedzinie patomorfologii, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Panie profesorze, czy może dojść do konfliktu interesów, jeśli prezes towarzystwa naukowego jest jednocześnie konsultantem krajowym w tej samej dziedzinie? O żadnym konflikcie interesów nie może być mowy, gdyż statutowe cele towarzystwa naukowego oraz zadania zlecone przez ministra zdrowia konsultantom – krajowym czy wojewódzkim – są różne. Z założenia towarzystwo naukowe ma sprzyjać prowadzeniu badań i ich upowszechnianiu, np. poprzez kongresy czy zjazdy, i przygotowywać rekomendacje wprowadzenia lub modyfikacji procedur medycznych w oparciu o sprawdzone medyczne dane naukowe (evidence based medicine). Natomiast rolą konsultantów jest dbałość o zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych w danej dziedzinie, nadzór merytoryczny nad wykonywaniem zadań zgodnie z aktualną wiedzą i rekomendacjami towarzystw, a także nadzór nad szkoleniem i dystrybucją miejsc szkoleniowych.

Ustaliśmy w gronie Zarządu Głównego PTPat, że w sytuacjach, gdy potrzebny będzie głos konsultanta krajowego oraz towarzystwa, wówczas w jego imieniu występować będzie prof. Renata Langfort, wiceprezes towarzystwa. Model ten znakomicie sprawdza się w codziennej pracy, o czym środowisko jest na bieżąco informowane na naszej stronie internetowej (www.pol-pat.pl). Konflikt interesów jest więc pozorny.

GL Wiele osób uważa, że patomorfologia jest w Polsce źle zorganizowana, czego skutkiem jest zbyt długi okres oczekiwania na wyniki.

Nie zgadzam się z tą tezą. Po pierwsze, patomorfologia w Polsce jest od lat w wielu placówkach niedofinansowana, a w większości szpitali jest traktowana jako źródło generowania kosztów, co prowadzi do nieprawidłowości w zakresie wykonywania części procedur. Pierwszy opis standardów, którymi się posługujemy, został opublikowany przez PTP pod redakcją prof. Andrzeja Kuligę, prof. Mariana Danilewicz i dr. Stanisława Łukaszyka

jako „Organizacja i wyposażenie pracowni patomorfologicznej oraz zasady postępowania z materiałami do badań histopatologicznych i cytologicznych”. Następnym krokiem było przyjęcie „Zasad procesu licencjonowania zakładów (pracowni) przez Polskie Towarzystwo Patologów”. Głównymi animatorami tego dokumentu byli ówczesny prezes PTPat prof. Wenancjusz Domagała oraz konsultant krajowy prof. Włodzimierz Olszewski. W kolejnych latach, dzięki zaangażowaniu prof. Anny Nasierowskiej-Guttmeier (wówczas prezes ZG PTPat), przy współpracy z prof. Barbarą Górnicką, prof. Dariuszem Lange oraz prof. Radzisławem Kordkiem, ówczesnym konsultantem krajowym, opracowano, głównie w oparciu o wzorce amerykańskie (American College of Pathology), standardy opisu makroskopowego i pobierania materiału onkologicznego. Działania te określają sposób, w jaki należy postępować z materiałem, a wrażenie złej organizacji wynika głównie z elementu finansowego – szpitale po prostu oszczędzają na badaniach patomorfologicznych.

GL Jak to zmienić?

Jedyną drogą jest odrębne finansowanie przez płatnika badań patomorfologicznych wykonywanych w jednostkach spełniających odpowiednie wymagania w sposób zgodny z rekomendacjami i standardami opracowanymi przez towarzystwo.

GL Przed rokiem wprowadzono rozporządzenie ministra zdrowia dotyczące standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w patomorfologii.

To wielki sukces całego naszego środowiska. Projekt rozporządzenia miał długoletnią historię. W ostatniej fazie prac nad dokumentem w opiniowaniu różnych, łącznie ponad 300 uwag, pomagało szerokie grono patomorfologów. Ostatecznie dokument reguluje m.in. zasady organizacji zakładów, zakres czynności wykonywanych w trakcie całego procesu opracowania badania



Prof. Andrzej Marszałek

oraz wymagany dostęp do różnych technik, w tym biologii molekularnej, a przede wszystkim jasno definiuje rozpoznanie patomorfologiczne (histologiczne i cytologiczne) jako wynik badania patomorfologicznego ustalony na podstawie badań morfologicznych, danych klinicznych oraz wymaganych innych elementów, np. oceny czynników predykcyjnych i prognostycznych, i podpisany przez lekarza specjalistę patomorfologa. Mocą tego rozporządzenia wszystkie działające zakłady i pracownie patomorfologii muszą przystosować się do tych zapisów do końca 2019 r., a powstające nowe jednostki muszą spełniać te wymogi od razu. Jest to krok milowy w dążeniu do poprawy jakości badań patomorfologicznych.

„Jakość to większa wiarygodność badań. Onkolodzy od wyniku badania patomorfologicznego uzależniają leczenie... Zależność jest prosta - jakość zależy od nakładów finansowych. Jeżeli mamy opracowane standardy postępowania, a w rozporządzeniu jest bezpośrednie wskazanie, że należy się do nich stosować, to powinno się wymagać rozpoznać patomorfologicznych właściwie opracowanych. Głównym problemem jest, podkreślę raz jeszcze, wykonywanie badań według najniższych kosztów, co znacznie ogranicza możliwość utrzymania odpowiedniej jakości. Kolejnym problemem jest, że często jednostka zajmująca się chirurgią nie prowadzi dalszego leczenia chemioterapią czy radioterapią, więc nie jest zainteresowana ponoszeniem kosztów badania, którego wyniku nie wykorzysta. Wpro-

“

Patomorfologia w Polsce jest od lat w wielu placówkach niedofinansowana.

wadzenie odrębnego finansowania oraz rejestr kliniczny, weryfikujący podjęte leczenie zależnie od wszystkich etapów diagnostycznych, może poprawić sytuację.

Resort zdrowia chce w 2021 r. wprowadzić akredytację dla zakładów patomorfologii. Oczekuje tego środowisko? Przygotowując się do wprowadzenia akredytacji, PTPaT, zgodnie z zapisami rozporządzenia, zmodyfikowało kryteria przyznawania licencji oraz wprowadziło element weryfikacji danych dotyczących zakładów ubiegających się o licencję. To duże wyzwanie dla komisji ds. licencji PTPaT i dla jej przewodniczącego prof. Piotra Ziółkowskiego. Oczywiście ubieganie się o licencję czy docelowo akredytację będzie dobrowolne, ale zgodnie z założeniami ministerstwa, jeżeli nastąpi wydzielenie badań patomorfologicznych i ich odrębne finansowanie przez płatnika publicznego, to świadczenia takie będą mogły być realizowane tylko w jednostkach posiadających licencję czy akredytację.

Czy przy obecnej liczbie 570 patomorfologów jest możliwe przeorganizowanie tej dziedziny medycyny?

Tak. Akredytacja i finansowanie w połączeniu z odpowiednią organizacją powinny przynieść właściwy efekt. Proszę spojrzeć na inne dziedziny medycyny - wszystkie dobrze finansowane procedury znajdują wystarczającą liczbę lekarzy specjalistów. Można więc wnioskować, że jeżeli będzie odpowiedni strumień finansowania, pojawią się nowi specjaliści. Pamiętać jednak trzeba, że proces wykształcenia patomorfologa to nie tylko czas przeznaczony na szkolenie przed egzaminem, ale także długie lata nabywania doświadczenia już po zdanym egzaminie.

Jak PTPaT realizuje cele związane ze szkoleniem lekarzy?

Towarzystwo organizuje w oddziałach spotkania naukowo-szkoleniowe. Natomiast na szczęblu krajowym kluczowy jest odbywający się co trzy lata zjazd PTPaT. Inne działanie to kontynuacja Szkoły Młodych Patologów. Przygotowuję we współpracy z prof. Wiesławą Grajkowską oraz dr hab. Andrzejem Mrozem cykl spotkań z uwzględnieniem praktycznych elementów diagnostyki patomorfologicznej każdorazowo zakończonych testem sprawdzającym wiedzę z bezpośrednim komentarzem odpowiedzi dobrych i złych. Spotkania są adresowane do rezydentów oraz młodych specjalistów. Są one prowadzone jako swego rodzaju forma uzupełnienia szkolenia specjalizacyjnego i kursów koordynowanych przez CMKP. Pod patronatem PTPaT od lat odbywa się International Academy of Immunohistochemistry organizowana przez dr. Jana Kłosa oraz prof. Janusza Rysia - na te spotkania przyjeżdżają uczestnicy z całego świata. Od wielu lat patronujemy Wrocławskiem Dniom Cytologii organizowanym przez prof. Michała Jelenia, co prawdopodobnie zaowocuje Europejskim Kongresem Cytologii w 2020 r. Cykliczne szkolenia to także endokrynologiczne spotkania kliniczno-patomorfologiczne w Gliwicach, organizowane przez prof. Barbarę Jarząb, a w części patomorfologicznej przez prof. Dariusza Lange. Patronujemy wielu aktywnościom naukowym, także we współpracy z innymi towarzyszami. ■



MARTA
JAKUBIAK

redaktor naczelna

RELACJA LEKARZ – PACJENT

Kilka prostych słów

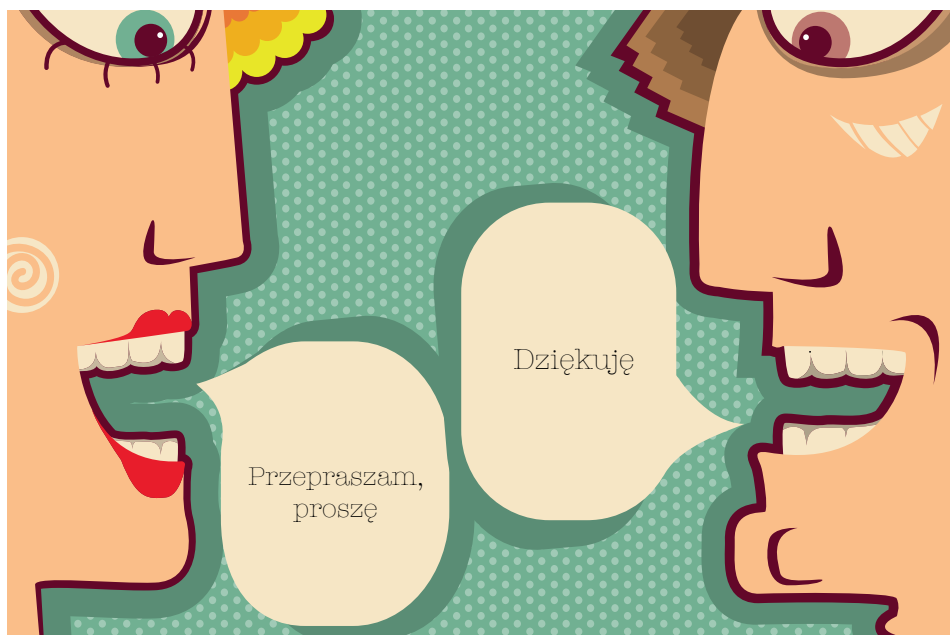
Doktor Anna właśnie skończyła staż i rozpoczęła specjalizację. Pytam, dlaczego zdecydowała się ze mną porozmawiać. – Moi świętej pamięci dziadkowie mówili mi, że lekarz to elitarny zawód, który wymaga dużej wiedzy, ale przede wszystkim ogromnej wrażliwości na człowieka, dlatego kiedy słyszę i widzę, że podstawowe zasady dobrego wychowania czy kultury osobistej nie są zachowane, jest mi zwyczajnie wstyd – odpowiada.

© M.JAKUBIAK@GAZETALEKARSKA.PL

Jestem z rodziny nielekarskiej i wielu moich znajomych nie jest z branży medycznej. Często skarżą się, że pacjenci są lekceważeni. Kiedy się spotykamy, to właśnie do mnie kierują różne pytania dotyczące spraw medycznych, także zarzuty dotyczące niewłaściwego traktowania pacjentów – wyjaśnia i dodaje, że czuje się w obowiązku stawać w obronie lekarzy, ale pewnych zarzutów obronić się nie da.

PRZEPRASZAM

– Jest mnóstwo wspaniałych lekarzy. Jednak nie wszyscy. Z ust moich bliskich słyszałam wiele skarg. I nie chodziło o popełnianie błędów, nieprawidłowe diagnozy, komplikacje w trakcie leczenia, ale o niewłaściwe traktowanie pacjentów, o brak podstawowych zasad współżycia społecznego i brak komunikacji – opowiada doktor Anna. I przyznaje, że odbieranie telefonu w trakcie przyjmowania chorego czy wyjście z gabinetu podczas zbierania wywiadu można zrozumieć, bo przecież inny chory może potrzebować pomocy, ale opowieści o zasłyszanych rozmowach na



tematy prywatne i to takich, które można odłożyć na później, sprawiają, że nie umie wytłumaczyć, dlaczego pacjent schodzi na drugi plan i musi być ich świadkiem. Wielokrotnie pojawiał się też temat spóźnień lekarzy, odbierany jako lekceważenie pacjenta.

– Kiedyś moja mama miała wizytę u okulisty, na którą czekała dość długo. Była umówiona na

konkretną godzinę. Pani doktor spóźniła się czterdzieści minut i nawet nie powiedziała „przepraszam”. Wiem, że zdarzają się sytuacje życiowe, jesteśmy tylko ludźmi, możemy zasnąć, mieć ważne sprawy rodzinne, mogą zaistnieć różne nieprzewidziane okoliczności, także w pracy, ale jeśli pacjent czeka czterdzieści minut, to zastępuje na zwykłe, ludzkie

„przepraszam” – zauważa. Niestety, wielu lekarzy ma problem z powiedzeniem tego słowa, które niewątpliwie świadczy o szacunku do drugiego człowieka.

– Pamiętam pacjentkę, która przyszła do mojego gabinetu ze sprawą dotyczącą zapotrzebowania na wyroby medyczne. Nie za bardzo wiedziałam, jak jej pomóc, bo nie byłam biegła w załatwianiu takich formalności. Przeprosiłam ją i przyznałam, że nie umiem jej pomóc. Ta pani, wychodząc, bardzo mi podziękowała i powiedziała, że będę dobrym lekarzem, bo potrafię powiedzieć przepraszam i przyznać, że czegoś nie wiem. Jej reakcja bardzo mnie zaskoczyła, bo byłam pewna, że jest zła, gdyż przyszła do lekarza, który nie potrafi jej pomóc – opowiada. Dla doktor Anny oczywiste było, że dużo lepiej jest przyznać się, że czegoś się nie wie, niż udzielić złej porady.

I zauważa, że brak komunikacji częściej dotyczy starszych lekarzy niż tych dopiero wchodzących w zawód. – Chyba młodszy starają się trochę bardziej. Oczywiście nie jest to reguła – podkreśla.

DWIE PERSPEKTYWY

Studując, myślała, że młody lekarz musi radzić sobie sam, że trzeba się wykazać przed starszymi kolegami. W praktyce okazało się, że jest inaczej, dużo lepiej. – Miałam to szczęście, że trafiłam na bardzo fajnych, życzliwych, starszych lekarzy, którzy wiedzieli, że mogę czegoś nie wiedzieć i wręcz zachęcali mnie do zadawania pytań. Mówili, że nie ma głupich pytań, są tylko głupie odpowiedzi. To była nie tylko pomoc zawodowa, ale taka ludzka życzliwość, za którą jestem bardzo wdzięczna – opowiada.

Z takim życzliwym przyjęciem spotkała się zarówno w przychodni, jak i w szpitalu. – Przemieszczając się pomiędzy różnymi oddziałami i przychodniami miałam szczęście trafić na świetnych lekarzy, którzy mi pomagali w zgłębianiu tajników tego zawodu, starali się przekazać jak najwięcej – wspomina. A kiedy

sama trafiła do szpitala jako pacjentka, została bardzo życzliwie przyjęta, choć była młoda, a jej nazwisko niewiele znaczyło.

Jednak było też rozczarowanie. Takie smutne. Zupełnie niepotrzebne, którego można by uniknąć. – Jako młodego człowieka i młodą lekarkę najbardziej zaskoczył mnie brak kultury osobistej u niektórych. Nie spodziewałam się, że jest to taki duży problem. Dotarło do mnie, że to zjawisko jest bardziej powszechne, niż mi się wydawało. Nieumiejętność zrozumienia pacjenta i wrzucanie go do jednego worka bez wcześniejszej rozmowy, przypisanie go do jakiejś kategorii, strasznie mnie zaskoczyło. Także brak umiejętności rozmowy z pacjentem i z jego rodziną, i ten brak powiedzenia „przepraszam”, „proszę”, „nie wiem”, tych kilku prostych słów, także budził zdziwienie – zauważa.

JESTEM LEKARZEM

Jak się zmieniła optyka tej młodej dziewczyny, która jeszcze niedawno nie miała nic wspólnego ze światem medycznym? – Kiedy jest się lekarzem, zdecydowanie łatwiej usprawiedliwić takie czy inne zachowanie, ponieważ już się wie, jak ta praca wygląda. Na przykład lekarze dyżurują na oddziale i w tym samym czasie wysyłani są do poradni w przychodni. Trudno pogodzić takie obowiązki – wyjaśnia. Doktor Anna już wie, dlaczego lekarz może być trochę bardziej nieumiłowany lub czegoś zapomnieć. Jest po dyżurze, zmęczony, spóźnia się do poradni, bo zatrzymały go sprawy na oddziale. – Wiem, że to często nie są złe intencje, lekceważenie, ale przeciążenie pracą. Lekarzy zsyła się do poradni, podczas gdy mają swoich pacjentów na oddziale. Pogodzenie tych obowiązków jest bardzo trudne. Zawsze staję w obronie takiego lekarza, to oczywiście – podkreśla. Chce, żeby znajomi i rodzina zrozumieli, że winny jest system, organizacja pracy, a nie lekarz.

“

Chcę wierzyć, że każdy nowy pacjent to dobry pacjent, a jeśli ktoś jest nieumiłowany, to tylko dlatego, że jest chory.

Jak zauważa, w części lekarzy jest coś w rodzaju uprzedzenia. Niektórzy pacjenci są specyficzni i czasem trudni, a doświadczenie kontaktu z nimi z pewnością wpływa na budowanie relacji z innymi. Na wszelki wypadek lepiej skrócić rozmowę lub ograniczyć ją do niezbędnego minimum. – Pacjenci są różni. Potrafią być roszczeniowi, agresywni, bywają kombinatorami lekceważącymi i nieszanującymi lekarzy. Ktoś, kto miał pecha spotkać takiego pacjenta, być może zbyt pochopnie przykleja łatkę kolejnym – mówi moja rozmówczyni.

Czy można jakoś łagodnie i bez uszczerbku przejść przez tego typu sytuacje? – Myślę, że w wielu przypadkach naprawdę nie potrzeba wielkiego wysiłku, żeby kontakt między lekarzem i pacjentem był lepszy. Dzięki niemu można czerpać większą satysfakcję z zawodu i osiągać lepsze efekty leczenia – zauważa. Jak sama przyznaje, to nie jest proste, ale trzeba o to zabiegać. Dopiero zaczyna praktykować, ale ma nadzieję, że będzie umiała zachować spokój i dystans, kiedy spotka trudnego pacjenta. Nie chce stracić tego optymizmu i chęci czynienia dobra, które ma w sobie, wchodząc w zawód lekarza.

– Rozumiem, że po złych doświadczeniach chyba trochę przestaje się pacjentów lubić. Lekarze też są ludźmi, mają uczucia. Chcę jednak wierzyć, że każdy nowy pacjent to dobry pacjent, a jeśli ktoś jest nieumiłowany, to tylko dlatego, że jest chory – podsumowuje. ■



gazetalekarska.pl

Chcesz opowiedzieć swoją historię, napisać lub zadzwonić

MUKOWISCYDOZA W NIEMCZACH

Wszystko, co najlepsze

Z dr n. med. **Krystyną Popławską**, konsultantem chorób płuc wieku dziecięcego oraz mukowiscydozy dorosłych i dzieci na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Jana Gutenberga w Moguncji, rozmawia **Marta Jakubiak**.

1 Jak zorganizowana jest opieka nad chorymi na mukowiscydozę w Niemczech?

Zarówno dzieci, jak i dorośli są leczeni w certyfikowanych ośrodkach specjalistycznych, gdzie pozostają pod opieką zespołu specjalistów. Takich placówek jest dość dużo. Z tej możliwości korzysta większość chorych, choć nie wszyscy. Niektórzy wolą być pod opieką lekarza rodzinnego.

2 Jak zdobywa się certyfikat?

Podstawowym warunkiem jest zapewnienie opieki wielospecjalistycznej. W zespole muszą być: lekarz pediatra lub internista (w zależności od wieku pacjenta), pneumonolog, fizjoterapeuci, dietetyk i psycholog, a także osoba zajmująca się sprawami socjalnymi, związanymi np. ze zorganizowaniem pomocy finansowej, rehabilitacji czy współpracy z pacjentem i jego rodziną. Nawet najlepiej zaplanowana terapia nie przyniesie rezultatów, jeżeli pacjent nie jest w stanie wypełniać lekarskich zaleceń. W teamie obowiązkowo pracują też pielęgniarki i pielęgniarze doświadczeni w opiece nad chorymi na mukowiscydozę. Trzeba też spełnić określone warunki lokalowe.

sanitarnych specjalnych filtrów do wody. Koszty generuje też odpowiednie przeszkolenie personelu, który w wielu przypadkach może być najważniejszym czynnikiem unikania infekcji pomiędzy pacjentami. Muszę przyznać, że podczas pobytu w Polsce widziałam oddział dla chorych na mukowiscydozę prowadzony przez prof. Sands, który absolutnie w niczym nie ustępuje certyfikowanym oddziałom najlepszych klinik w Niemczech.

3 Jak często chorzy korzystają z pomocy takich ośrodków?

Wszystko zależy od ich stanu zdrowia. Jeśli są w stanie stabilnym, na konsultację przyjeżdżają zazwyczaj raz na trzy miesiące. To rutynowe wizyty, które w przypadku dzieci trwają nawet do dwóch-trzech godzin. To nie jest tylko konsultacja lekarska, ale całego zespołu terapeutycznego z pacjentem i jego rodziną.

4 Jaki jest w Niemczech średni czas przeżycia pacjenta z mukowiscydozą?

Aktualnie około 50 lat, ale niestety wciąż umierają młodzi. Często dla ratowania życia konieczne jest przeszczepienie płuc już u dwudziestoparolatków. Gwałtowne pogorszenie następuje u osób w wieku młodzieńczym, kiedy przechodzą z ośrodków pediatrycznych do tych dla dorosłych. To bardzo trudny czas, sami niechętnie przestrzegają wszystkich wskazań, a dodatkowo konfrontowani są z innymi placówkami i nowym systemem leczenia. Nowych płuc najczęściej potrzebują osoby w wieku około trzydziestu lat.

Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat w Niemczech przeżywalność pacjentów z mukowiscydozą znacząco się poprawiła. Dodatkowo kilka lat temu pojawiła się opcja leczenia przyczynowego w mukowiscydozie, dzięki któremu okres przeżycia w tej chorobie będzie się wydłużał. Wprowadzenie sześć lat temu terapii modulatorami kanałów CFTR doprowadziło u wielu chorych do spowolnienia procesu pogarszania się

“

Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat w Niemczech przeżywalność pacjentów z mukowiscydozą znacząco się poprawiła.

5 To znaczy?

Wielu pacjentów nie może się spotykać, konieczne jest więc umieszczanie ich w oddzielnych pokojach, przyjmowani są też w odrębnych terminach, żeby nie przekazywali sobie nawzajem bakterii. W Niemczech opracowano dokładne wytyczne w tym zakresie. Ich spełnienie pociąga za sobą duże koszty, gdyż związane jest ze wspomnianą już separacją pacjentów, koniecznością zapewnienia izolatek czy zainstalowaniem w urządzeniach



Dr n. med.
Krystyna
Popławska

funkcji płuc. Od około roku mamy możliwość leczenia w ten sposób również dzieci w wieku szkolnym, a od kilku dni nawet przedszkolnym. Już teraz widzimy, że one jeszcze lepiej reagują na tę terapię.

Q Dlaczego ta terapia daje szansę na dłuższe życie? Ponieważ w odróżnieniu od terapii objawowej, stosowane w niej leki wpływają na cały organizm i wszystkie narządy, w których białko CFTR ulega ekspresji. Należy pamiętać, że leczenie mukowiscydozy polega na zapobieganiu rozwojowi choroby, a regulacja funkcji kanałów chlorkowych jest działaniem przyczynowym.

Q Czy to leczenie jest drogie?

To bardzo kosztowna terapia. Na rynku obecnie są tylko trzy preparaty, ale mam nadzieję, że już wkrótce pojawią się kolejne, o podobnym lub takim samym działaniu, a co za tym idzie – leczenie będzie tańsze. W Niemczech pacjenci są w o tyle dobrej sytuacji, że w przypadku chorób tak ciężkich jak mukowiscydoza, jeśli nie ma dla danego leku odpowiednika, kasy chorych finansują leczenie, które jest dostępne i zatwierdzone przez Europejską Agencję Leków (ang. European Medicines Agency, EMA).

Przewlekłe i ciężko chorzy pacjenci zwykle są zwolnieni z obowiązku jakiegokolwiek dopłaty do leków, które stanowią typową terapię dla ich choroby. Przy ciężkich schorzeniach, w których nie istnieje tańszy preparat, który można zastosować z takim samym skutkiem, a lek został uznany w Niemczech jako ten jedyny działający na określoną chorobę, jest on w stu procentach refundowany.

“

Przewlekłe i ciężko chorzy pacjenci zwykle są zwolnieni z obowiązku jakiegokolwiek dopłaty do leków.

Q Jak długo trzeba czekać na transplantację płuc?

Ośrodki przeszczepiające płuca mają szczegółowy plan postępowania. Procedura wygląda następująco: lekarz prowadzący zgłasza pacjenta do takiego ośrodka i wysyła jego dane kliniczne. Następnie pacjent zapraszany jest na rozmowę, podczas której następuje ewaluacja sytuacji nie tylko pod względem medycznym, ale również stanu psychosocjalnego chorego. Trzeba sprawdzić, czy pacjent będzie umiał poradzić sobie po przeszczepieniu płuc. Wykonywany jest też panel niezbędnych badań.

Średnio od momentu zgłoszenia pacjenta do ośrodka do wpisania na listę oczekujących mijają jakieś dwa-trzy miesiące. Pacjent musi być wystarczająco stabilny, aby z jak najlepszym wynikiem przeżyć transplantację. Trudno mi precyzyjnie określić czas oczekiwania na przeszczep, dlatego posłużę się przykładem. Moja wieloletnia pacjentka obecnie jest już po przeszczepieniu, które wykonano dwa tygodnie temu. Została zgłoszona niecały rok temu. Miałam też chorą, którą zgłosiłam latem, a już późną zimą miała wykonaną transplantację. Oczekiwanie na nowe płuca może trwać jednak nawet do dwóch lat.

Q Jak zmienia się stan chorego po przeszczepieniu?

Pacjenci po raz pierwszy od wielu lat mogą normalnie oddychać. Pozostaje jednak układ immunologiczny – zmieniony przez silną immunosupresję. Płuca są organem bardzo immunologicznie aktywnym, w związku z tym powodzenie całego zabiegu zależy od dość silnej immunosupresji. Zagrożeniem stają się choroby wirusowe czy mykologiczne, również systemowe. Najlepiej radzą sobie z nimi centra przeszczepowe i dlatego pod ich opieką jest chory. Nadal jednak pozostają problemy z wagą, jelitami i obszarami, w których występuje kanał wadliwego białka CFTR, więc pacjent po transplantacji to wciąż jest chory na mukowiscydozę. Te osoby muszą być zarówno pod opieką ośrodków, w których dokonano przeszczepienia, jak i ambulatoriów mukowiscydozy.

Q Na jak długo wystarczają nowe płuca?

Zawsze występuje przewlekłe odrzucanie organu, prowadzące do zamykania oskrzelików, które postępuje od części dystalnej płuc w kierunku proksymalnym. Ten proces zachodzi praktycznie u każdego pacjenta, choć w różnym tempie i nasileniu. Przeżywalność samego organu po przeszczepieniu to średnio sześć do siedmiu lat. Znam jednak pacjentów, których płuca dobrze funkcjonowały nawet przez dziesięć lat. Pamiętajmy też, że zawsze jest możliwa retransplantacja, zwłaszcza w przypadku młodych pacjentów. ■

W PIGUŁCE

Polak odpowiedzialny za social media



Nowo mianowany przewodniczący będzie pierwszym Polakiem na tym stanowisku.

Dr Łukasz Kołtowski, lekarz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pracujący w Klinice Kardiologii kierowanej przez prof. Grzegorza Opolskiego, objął kierownictwo nad komisją odpowiedzialną za komunikację i media społecznościowe w EAPCI ESC, złożoną z międzynarodowych ekspertów, m.in. z Wielkiej Brytanii, Grecji, Niemiec i Włoch. Nowo mianowany przewodniczący będzie pierwszym Polakiem i najmłodszym lekarzem na tym stanowisku.

Za pośrednictwem social mediów zgromadzona wokół EAPCI społeczność otrzymuje informacje o najważniejszych aktywnościach naukowych, nowych odkryciach, wynikach przełomowych badań i projektów czy stanowiskach członków organizacji w bieżących sprawach. Komisja ma być pionierem nowoczesnych

form komunikacji, w tym bezpośrednio z miejsc, gdzie tworzy się naukę oraz live cases, czyli relacje z zabiegów w kanałach social media transmitowane na żywo. Dla tych, którzy nie mają możliwości uczestnictwa w tych wydarzeniach, to szansa nie tylko na zdobycie wiedzy, ale na aktywny udział w dyskusji.

Dr Ł. Kołtowski to kardiolog, który doświadczenie zdobywał m.in. w oksfordzkim John Radcliffe Hospital, Royal Surrey Hospital w Guildford czy Agencji Ochrony Zdrowia Wielkiej Brytanii. W latach 2014-2018 dołączył do zarządu europejskiego pionu Młodych Kardiologów Inwazyjnych, gdzie odpowiadając za aktywność w mediach społecznościowych, trzykrotnie zwiększył liczbę jej członków. W tym samym okresie pełnił funkcję członka zarządu Komisji Informatyki i Telemedycyny PTK. ■



gazeta**le**karska.pl

Laureatka nagrody Giordano Fellowship ESP

Dr n. med. Martyna Trzeszcz została pierwszym i, jak do tej pory, jedynym polskim patologiem uhonorowanym nagrodą Giordano Fellowship ESP za szkolenie specjalistyczne w prestiżowym centrum patologii perinatalnej i pediatricznej w Sheffield (UK). - Nagroda stała się dla mnie wyróżnieniem, zaszczytem i możliwością dalszego rozwoju, jakie daje intensywne dwumiesięczne szkolenie w zakresie patologii perinatalnej na najwyższym europejskim i światowym poziomie - podkreśliła dr Trzeszcz.

Zakres zakończonego szkolenia był imponujący: 40 autopsji perinatalnych (w tym lekarskich) zakończonych wstępnym raportem autopsyjnym do użytku klinicznego; wykonanie 29 pełnych końcowych raportów autopsyjnych z analizą badań dodatkowych (genetycznych, obrazowych post mortem, mikrobiologicznych oraz immunopatologicznych); 110 specjalistycznych rozpoznań placentologicznych z pełnym raportem uwzględniającym korelacje kliniczno-patologiczne; uczestnictwo w Intradepartmental Multidisciplinary Mortality Meetings; analiza i kon-

sultacja merytoryczna przypadków medyczno-prawnych.

Jako jednego z liderów badań placentologicznych (obejmującym ponad 2000 wyników), a także dzięki bezpośredniej rekomendacji dr Marty Cohen (mentora szkolenia i przewodniczącej minionej kadencji International Paediatric Pathology Association) oraz dr Gordana Vujanica (aktualnego przewodniczącego PPS), decyzją Zarządu na tegorocznym PPS AG Committee Meeting w Paryżu, doktor Trzeszcz przyjęto do elitarnego grona członków Paediatric Pathology Society. ■

GŁOS CZYTELNIKÓW

W sprawie biegłych

Pragnę odnieść się do problemów poruszonych w „Gazecie Lekarskiej” (1/2019) przez P. Lucyneę Krysiak („W sprawie biegłych”).

Otóż tak się składa, że jestem biegłą sądową od prawie 30 lat! Wprawdzie zaprzysiężoną w Sądzie Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Olsztynie, ale ponieważ figuruję na liście biegłych, jestem zobligowana wykonywać opinie również dla sądów cywilnych, karnych i administracyjnych. Zanim zostałam zaprzysiężona, przesłam odpowiednie szkolenie, zaliczyłam egzamin. Na bieżąco jestem informowana w zmianach orzeczniczych, a przynajmniej raz w roku uczestniczę w dodatkowych szkoleniach organizowanych przez sąd. Praca biegłego lekarza jest niewdzięczna, odpowiedzialna, czasochłonna oraz najniżej wynagradzana w gronie pozostałych biegłych sądowych.

Najczęściej obowiązuje stawka obligatoryjna obliczona na podstawie tzw. kwoty bazowej, która wynosi 1789,42 zł (nie jest to średnia krajowa) i wynosi 151,92 zł (brutto), a stawka godzinowa – 32,39 zł (brutto). Zgodnie z Dz. U poz.108 z dnia 17 stycznia 2017 r. godzina może wynosić 34,35 zł (dotyczy: złożony charakter problemu, studia wyższe, dyplom mistrzowski, min. 1 kadencja biegłego, tj. 5 lat). Tak się składa, że spełniam te kryteria, a mimo to zawsze rachunek jest korygowany do stawki najniższej, z redukcją godzin pracy podanej w rachunku.

Dodatkową kwestią jest problem dopisania 30 zł do rachunku, gdyż koszty administracyjne należy umotywowwać rachunkami, np. zużycie CT, papieru, tuszu, poczty, co nie zawsze jest możliwe. Żenada. Więc kieruję kolejne pismo do sądu, aby nie płacili tych 30 zł i rezygnacją z dalszych usług. Ostatnio wystarczy oświadczenie, co stanowi duży postęp.

Informuję, że często akta sądowe to kilka tomów o wadze wielu kilogramów, które wymagają przestudiowania, analizy, wezwania powoda na badanie oraz opracowania opinii na piśmie, co w rezultacie wynosi wiele godzin pracy dodatkowej. Ale widocznie pani księgowa wie lepiej, ile czasu poświęciłam na wykonanie rzetelnej opinii, która to leży w moim interesie (aby nie było konieczności uzupełnień).

Ministerstwo Sprawiedliwości, traktując nas po macoszemu, jednocześnie wypłaca horrendalne sumy, rzędu kilkuset zł (do 600–700 zł), za zwrot kosztów podróży badanego, ponieważ często zgłasza się on z drugiego końca Polski. Dla mnie to absurd.

Czytając dokładnie akta sprawy, widzę rachunki innych biegłych, np. mechaników samochodowych, pracowników socjalnych, biegłych od pogody na okoliczność wypadków

komunikacyjnych, i są to wielokrotności naszych stawek.

Inna sprawa to traktowanie nas jak podległych sądowi. Bez uzgodnienia wysyła się często akta sprawy z dopiskiem, że czas wydania opinii to dwa tygodnie pod rygorem kary. Praktycznie jest to niewykonalne, gdyż wiąże się z wezwaniem powoda listem poleconym oraz wszystkimi innymi czynnościami. Brzmi to jak anegdota w kontekście sprawy niezbyt skomplikowanej, która ciągnie się często kilka lat. I nikt nie bierze pod uwagę tego, że mam już na kilka miesięcy wcześniej wyznaczone terminy innych spraw.

Jeżeli opiniowany odwołuje się od orzeczenia (co jest nagminne), bo tak mu radzi adwokat, należy sporządzić opinię uzupełniającą, często nawet po roku, kosztuje to zawrotną sumę 80–100 zł brutto, mimo że trzeba ponownie przestudiować akta sprawy. Często też jest obowiązek uczestnictwa w sprawie osobiście w odległej miejscowości, co dodatkowo komplikuje nam życie, a wynagrodzenie nie jest adekwatne do pracy. Dziwi tylko fakt, że powód bądź oskarżony nie ponosi żadnych kosztów mimo wielokrotnych odwołań bądź niestawiennictwa na badanie bądź sprawę sądową.

Nie dziwi więc, że lekarze specjaliści nie chcą wykonywać tej trudnej pracy, będąc często narażeni na nieprzyjemności ze strony badanych, jeżeli opinia nie jest zgodna z ich oczekiwaniami. Lekarz musi się tłumaczyć z oskarżeń, że opinia była nierzetelna, że nie poznał się na jego chorobie itp. Angażuje się kilku biegłych sądowych, w/g mnie często zbyt licznie, gdyż opinie są jednoznaczne i wyczerpujące.

Inny przykład to wydanie opinii dla sądu karnego dotyczącej skazanego w dwóch różnych procesach (dwa postępowania, jedno dotyczyło jazdy po alkoholu, drugie – znęcania się nad rodziną). Napisałam dwie odrębne opinie, wystawiłam dwa rachunki na sumę łącznie 373,12 zł, ale sąd wypłacił kwotę 259,12 zł, uzasadniając to minimalną stawką godzinową oraz nie akceptując podanych godzin pracy. Dzieląc kwotę na dwa, wypadło mniej niż stawka standardowa, tj. 151,92 zł brutto. Nie dziwi więc rezygnacja lekarzy z pracy biegłego.

Pewnie zadacie państwo pytanie: dlaczego wobec tego to robię? Może z przyzwyczajenia oraz potrzeby, gdyż brakuję biegłych w mojej specjalności, bo większość zrezygnowała. Póki co ograniczyłam też ilość spraw do mojego województwa i ciągle miałam nadzieję, że zmieni się na lepsze. Reasumując, zgodnie z porzekadłem – ktoś musi – wypadło na mnie. ■

*Krzyszyna Łaskarzewska-Resiak,
biegła sądowa (Sąd Okręgowy w Olsztynie),
specjalista chorób wewnętrznych, diabetolog*

GŁOS CZYTELNIKÓW

W sprawie eutanazji

Na początku listopada 2018 r. media zajmowały się bulwersującą sprawą śmierci w Poznaniu 14-miesięcznej dziewczynki z powodu sepsy pneumokokowej. Dziecko zachorowało, ponieważ nie było zaszczepione; w dodatku rodzice domagali się od ratujących życie ich dziecka lekarzy, aby ci zaprzestali profesjonalnie leczyć na rzecz zastosowania wlewów witaminy C (informację tę później zdementowano).

Postawę tych rodziców komentował w telewizji dr n. med. Paweł Grzesiowski, powszechnie znany propagator racjonalnych społecznych postaw prozdrowotnych, m.in. w temacie szczepień. Myślę, że przez środowi-



Sądzę, że sytuację odnośnie rozumienia pojęć związanych z umieraniem i, co za tym idzie, praktykowania odpowiednich postaw wobec ludzi umierających, poprawiłoby używanie w medycynie (i powszechnie) określeń, które są zawarte w polskich słownikach.

ska lekarskie bardzo ceniony i poważany. Powiedział, że gdyby lekarze zastosowali się do żądania rodziców tego umierającego dziecka, byłaby to eutanazja.

Wypowiedź ta świadczy o tym, że część (przeważająca?) polskich lekarzy, pod wpływem medialnych opinii nie-medyków nabyła przeświadczenia, że eutanazja oznacza uśmiercanie. Dlatego też, co wydaje się oczywiste, musi być zakazana. Nie sposób wyobrazić sobie, aby ustanowione prawo oraz zasady moralne i etyczne sankcjonowały uśmiercanie ludzi chorych, a lekarze ochoczo „leczyliby” w ten sposób.

Problem w tym, że pojęcie „eutanazja” zostało w Polsce przekłamane, nawet zohydżone. Otóż w rzeczywistości oznacza ono przebycie ostatniego etapu człowieczego żywota, jakim jest umieranie i ostatecznie śmierć, w sposób nieuwłaczający godności człowieka, pozbawiony ekstremalnych cierpień. Eutanazja zawiera w sobie takie pojęcia, jak: brak możliwości zatrzymania procesu umierania (choroba śmiertelna); uporczywa terapia; niemożność usunięcia cierpienia, a wręcz jego przedłużanie; i – co oczywiście nadzwyczaj istotne – wyraźne życzenie i prośbę osoby umierającej, aby – po prostu – pozwolono jej godnie umrzeć i udzielono w tym celu pomocy farmakologicznej.

Nie ma to nic wspólnego z uśmiercaniem ludzi przez lekarzy-zabójców, którzy, zamiast leczyć umierających ludzi, woleliby ich unieczystwiać. Tak jak wyobraża to sobie część polskiej opinii publicznej, niektórzy wpływowi politycy oraz niektórzy duchowni.

Pisząc ten list, otworzyłem numer 11/2018 „GL” i z ogromnym zainteresowaniem przeczytałem artykuł z cyklu „Stukot białych trepów”, w którym doktor Maciej (nieco młodszy ode mnie, ja w 1977 r. byłem już po VI roku) podzielił się swoimi przemyśleniami o terapii uporczywej. Jako młody lekarz musiał przeżywać taką „terapię” zastosowaną u jego umierającego ojca. Artykuł zatytułowano „Pozwólcie odejść”, a dwa ostatnie ustępy: „Proszę, nie męczcie go” i „To trzeba czuć”. Doktor Maciej mówi między innymi: „Odchodzenie wymaga takiej samej troski, empatii i uwagi jak narodziny człowieka”; „Po tym, jak widziałem odchodzenie mojego ojca, chciałem, by pacjenci terminalni odchodzili godnie, bez cierpienia”; „(...) mam wrażenie, że niektórzy lekarze resuscytują niekiedy tylko po to, żeby trenować”; „Jestem przeciwko eutanazji, ale jestem również przeciwko *krzyżowaniu* chorych na łózkach reanimacyjnych. Należy postawić granicę między eutanazją a uporczywym, przewlekłym, bolesnym utrzymywaniem przy życiu ludzi, którzy nie mają szans, by żyć”.

“

Pisząc ten list, otworzyłem numer 11/2018 „GL” i z ogromnym zainteresowaniem przeczytałem artykuł z cyklu „Stukot białych trepów”.

Zgadzam się prawie całkowicie z przemyśleniami doktora Macieja. Wydaje się mi, że wielu(?) młodym lekarzom brakuje empatii, która jest (powinna być) nieodzowna w pracy w naszym zawodzie. Czyżby byli obecnie kształceni do „wykonywania” przede wszystkim „procedur medycznych”? Poziom empatii lekarskiej zaletny jest też od osobistego doświadczenia życiowego: chorób i cierpień własnych oraz osób bliskich, a także ich umierania.

A propos: na niedawnej konferencji psychiatrycznej pani doktor, kierująca od wielu lat hospicjum, apelowała do słuchaczy, abyśmy jako lekarze nie używali eufemizmów, gdyż życie ludzkie kończy się umieraniem i śmiercią, a nie „odchodzeniem” itp.; powinniśmy w ostatnim etapie życia pomagać pacjentom z empatią, zapewniać umierającym spokój, godność, brak cierpienia.

Wracając do artykułu „Pozwólcie odejść”, to biorąc pod uwagę jego wymowę, jestem zdziwiony, że doktor Maciej jest przeciwny eutanazji.

Od strony leksykalno-znaczeniowej przedrostek „eu” (przed określeniem „tanazja”, co oznacza umieranie, śmierć; Tanatos, grecki bóg śmierci) wskazuje na proces wyrównany, dobry, korzystny i sprzyjający człowiekowi. Tak jak „eutyreoza” mówi o idealnie wyrównanym poziomie hormonu tarczycy w organizmie, w odróżnieniu od „hypertyreozy” i „hypotyreozy”. Podobnie używa się czasem określenia „eustres”, które oznacza idealny dla funkcjonowania człowieka poziom stresu, w odróżnieniu od „dystresu”.

Jestem przekonany (m.in. dzięki prowadzonym kiedyś w naszych mediach dyskusjom), że w krajach, w których z eutanazji się korzysta, pojmuję się ją w ten właśnie, właściwy sposób, niemający nic wspólnego z uśmiercaniem. Uważam, że jesteśmy (nasz kraj, Polska) pod tym względem zacofani.

Sądzę, że sytuację odnośnie rozumienia pojęć związanych z umieraniem i, co za tym idzie, praktykowania odpowiednich postaw wobec ludzi umierających, poprawiłoby używanie w medycynie (i powszechnie) określeń, które są zawarte w polskich słownikach. Określenia te są następujące: ortotanazja (umieranie spokojne i godne, bez cierpienia), dystanazja (umieranie pozbawione godności, w cierpieniu spowodowanym brakiem jego usuwania sposobami medycznymi, a często tzw. terapią uporczywą), eutanazja (pomoc w zakończeniu życia, na wyraźne, nieulegające wątpliwości życzenie osoby umierającej, gdy nie ma żadnej możliwości odwrócić dystanazji do stanu ortotanazji).

Pod uwagę lekarzy, etyków, prawników, polityków, duchownych, ludzi myślących...

Atanazji (nieśmiertelności) się nie spodziewajmy. *Memento mori.* ■

Leon Ferfecki,
lekarz specjalista psychiatra



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Pudrowanie SOR-u

W SOR-ach wybranych szpitali pojawiły się kolejkomaty. Teoretycznie wystarczy podejść do automatu, nacisnąć odpowiednie pole ekranu dotykowego, pobrać bilet i czekać na wezwanie. Rozwiązanie jest z powodzeniem stosowane w wielu urzędach i coraz większej liczbie przychodni. Czy jest potrzebne w najbardziej newralgicznym punkcie szpitala, gdzie trafiają pacjenci o krańcowo różnych potrzebach zdrowotnych, to już bardzo wątpliwe.

Wątpliwości nie mają chyba tylko w Ministerstwie Zdrowia. Urzędnicy z Miodowej zapewniali, że pomyśl „usprawni ruch chorych” i „poprawi satysfakcję pacjentów”, bo teraz każdy z nich „będzie miał na bieżąco informacje o przewidywanym czasie oczekiwania”. Krótko mówiąc, ma być tak jak w znanym skeczu, czyli „będzie pan zadowolony”. Na pewno zadowolony będzie dostawca kilkuset zestawów obejmujących automaty biletowe, monitory LCD, bezprzewodowe terminale stanowiskowe, tablety medyczne, nagłośnienie, drukarki, komputery centralne i odpowiednie oprogramowanie, bo system, obecnie pilotażowy, ma objąć cały kraj. Byłbym natomiast bardzo ostrożny w formułowaniu pięknych wizji usatysfakcjonowanych pacjentów. Zasadnicze problemy SOR-ów to przepełnienie i długi, często wielogodzinny czas oczekiwania na decyzję lekarza. Żadnego z nich instalacja nawet najnowocześniejszych kolejkomatów nie rozwiąże. W mojej ocenie może je wręcz nasilić. Automat nie zastąpi przecież triażu, a jego obsługa nie dla wszystkich będzie „intuicyjna”, co oznacza dodatkowe obowiązki dla pracowników szpitala i brak korzystnego wpływu na gęstą zazwyczaj atmosferę w poczekalni. Każdy, kto w SOR-ze pracował, wie doskonale, że z wyjątkiem

pacjentów w stanie zagrożenia życia, z których większość kolejkomatu nawet nie zobaczy, da się jedynie w przybliżeniu przewidzieć czas oczekiwania na badanie lekarskie. Zadomowiony od kilku lat w naszych szpitalach system kolorowych opasek przekazuje informacje na ten temat w czytelny i możliwie najbardziej precyzyjny sposób, a przy tym jest rozwiązaniem nieporównywalnie tańszym niż kolejkomaty.

I jeszcze jedno. O ile opaski nawiązują swoją wymową do pola bitwy, czym w istocie jest każdy SOR, o tyle bilecik z automatu kojarzy się z urzędem, do którego można wejść nie tylko kiedy jest potrzeba, ale także wtedy, gdy coś się komuś przypomni albo ubzdura. Ten „urząd” ma przy tym wyjątkowe zalety: jest czynny bez przerwy przez okrągły rok i nie ma w nim żadnych opłat. Aż kusi, by przyjść w nocy, jak sobie człowiek przypomni o trwającym od dwóch tygodni strzykaniu w kolanie, albo wdepnąć, idąc z pracy po bilet, potem spokojnie zjeść w domu obiad i znowu się pojawić, by „się przebadać”. Absurdy? Oczywiście, ale to urzędnicy nieustannie pudrujący niewygodny system je nam fundują. Wyniki kontroli NIK sprzed kilku lat potwierdziły, że oddziały ratunkowe to de facto przychodnie i nawet 80 proc. zgłaszających się tam pacjentów nie wymagało naglej pomocy medycznej, a jedynie porady w POZ lub poradni specjalistycznej. Zamiast wzmocnić opiekę ambulatoryjną i przestać wreszcie udawać, że współpłacenie jest niepotrzebne, zdecydowano się zaprosić pacjentów do szpitali, obarczając te zrzeszone w sieci obowiązkiem organizacji nocnej i świątecznej pomocy medycznej. W rezultacie strumień skierowań do SOR-u w godzinach wieczornych i nocnych jeszcze się zwiększył. Teraz ktoś wpadł na pomysł, by zainstalować w oddziałach ratunkowych kolejkomaty, co w najlepszym razie można uznać za kosztowną kosmetykę. Jak powiedział niezapomniany Stefan Kisielewski: „To, że jesteśmy w d..., to jasne. Problem w tym, że zaczynamy się w niej urządzać”. ■



Z wyjątkiem pacjentów w stanie zagrożenia życia da się jedynie w przybliżeniu przewidzieć czas oczekiwania na badanie lekarskie w SOR-ze.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (86)

Zwierciadło zmian

„Lustereczko, powiedz mi przecie, kto jest najpiękniejszy w świecie” – zapytała po operacji plastycznej Stara Królowa, przyglądając się twarzy, której nie poznała. „To nic” – pomyślała, poprawiając makijaż – „ważne, że jestem inna!”.

Na pierwszym spotkaniu Rady Programowej „Gazety Lekarskiej” w zmienionej formule, jej przewodniczący i jednocześnie wiceprezes NRL, Krzysztof Madej, przedstawił wizję pisma izb lekarskich, o którym marzy. Otwierając dyskusję, namawiał do intelektualnego fermentu. Teksty kontrowersyjne powinny być równoważone, według powyższego założenia, esejami moralizatorskimi i prawniczymi dywagacjami. Podniesiony do literackiego poziomu miesięcznik, stałby się w ten sposób bardziej opiniotwórczy, zastępując kronikę wydarzeń.

Debata o formacie wydawniczym „GL”, zgodnie ze skrótem na okładce poprzedzającym pełną nazwę, trwa od trzydziestu lat. Mimo sloganów o otwartości na krytykę prasową, każda władza chce się na łamach „Gazety Lekarskiej”, niczym w lustrze, przeglądać. Trzeba być niezwykle silnym, aby te dążenia równoważyć. Tymczasem samorząd, a co za tym idzie jego organ do spraw komunikacji, niezmiennie spotyka się z murem niechęci części członków. Na barykadach stoją ci, którzy nie rozumieją samorządności, ale przecież nie tylko. Dobrego słowa o izbach nie mówią rozżaleni niespójną reprezentacją interesów zawodowych

i pracowniczych wobec rządu; sfrustrowani przegranymi wyborami i procesami przed sądem koleżeńskim; przeciwnicy biurokratycznej maszyny, której trybem jesteśmy z mocy prawa. Nieczytelność roli izb jest faktem, z którym nie radzimy sobie od zawsze. Potwierdza go ogólna nieznamość regulacji, struktur, obiegu dokumentów i brak odpowiedzialności za słowa. „Gazeta Lekarska”, może jako jedyna, próbowała przez lata utrzymać balans różnicy zdań i godzenia dysonansów między grupami interesu wokół dwóch zawodów.

Zwyczajem samorządu jest dziękowanie za pracę. Ważne, żeby nie były to słodkie frazy nekrologów. Nie zawsze potrzebne są dyplomy, medale i order. Czasem wystarczy dobre słowo i unikanie oskarżycielskiej narracji. Naturalnym jest przecież pokoleniowa wymiana. Wyborcy rozliczają, ale nie skazują na infamię. Najmocniejszym spoiwem każdej wspólnoty jest mit założycielski. Redaktorzy „Gazety Lekarskiej”, choćby nie byli lekarzami, nie mogą zapominać o korzeniach. W tym kontekście bawi sugestia „cudownej przemiany”, tak jakby Alzheimer zapukał do biura prasowego. Pismo przecież ewoluuje. Sznyt jakości i rozpoznawalności miesięcznika nadały wizje Wojciecha Maksymowicza, cięty język Marka Stankiewicza i skrupulatność Ryszarda Golańskiego. O kanonie tożsamości nie zdecydowały, skądinąd ważne, papier, grafika i portal, ale głos lekarzy kierowany do lekarzy. Czasem przesadnie laurkowy, innym razem zaczepny i kontrowersyjny, ale zawsze bez retuszu.

Wychodząc naprzeciw koncepcjom wiceprezesa, proponuję kilka tematów. „Gazetowa” pochwała „dentobusów” rozgrzała stomatologów. Nadszedł więc czas na rozmowę o izbowych pensjach i ich transparentności. Wymieńmy argumenty o relacjach rezydentów i specjalistów. Podyskutujmy o lobbingu lekarskich grup interesów i korzyściach z przejęcia kształcenia podyplomowego oraz związanej z tym biurokratyzacji. Zamieńmy uniesione w głosowaniu ręce na polemiczny głos, pokazując inną jakość, a nie tylko plastikę i zmianę dla zmiany. ■

“

„Gazeta Lekarska”, może jako jedyna, próbowała przez lata utrzymać balans różnicy zdań i godzenia dysonansów między grupami interesu wokół dwóch zawodów.



AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

W szeregu

Dwóch mężczyzn przysiadło naprzeciw siebie w bliżej niezidentyfikowanej przestrzeni. Patrzą na siebie nawzajem i zdają się być w dobrej komitywie. Scena zupełnie zwykła, gdyby nie fakt, że jeden z nich trzyma w ręku coś na kształt różdżki, która zostawia nad głową jego kompana czarne bobki, ustawione w dwa grzeczne szeregi.



Obraz: Ilustracja z książki Şerafeddina Sabuncuoğlu „Cerrahiye-i İlhamiye”, XV w.

Rycina wyjęta z kontekstu wpawić może widza w lekki stupor. W kontraście do reakcji widza, przedstawione postacie wykazują zupełny spokój. Z pewną nonszalancją nawet opierają dłonie o uda, jakby pograżeni byli w rozmowie. Mężczyzna po lewej, nad którego głową rozgrywa się zastanawiająca scena, pochyla się z ufnością w kierunku swego kompana po prawo. Ten zaś przygląda się twarzy towarzysza z uwagą, ale i brakiem emocji.

Całą scenę zakomponowano tak, by podkreślić związek między dwójką bohaterów: ich gesty i sposób siedzenia są niemalże identyczne, ich ubrania, utrzymane w czerwieniach i niebieskościach, rezonują ze sobą. Kompozycja, zamknięta pionem ich ciał i łukami odgiętych ramion, sprawia, że widz koncentruje spojrzenie na trzecim bohaterze: przedmiocie trzymanym przez siwego mężczyznę w turbanie.

Jak zatem rozszyfrować tę scenę? Rycina jest ilustracją do podręcznika chirurgii spisane po turecku

przez średniowiecznego medyka Şerafeddina Sabuncuoğlu. Księga ta zawierała opisy najrozmaitszych procedur medycznych: od obrzezania, poprzez leczenie wodogłowia, a na kauteryzacji, z którą w tym przypadku mamy do czynienia, skończywszy. Turecki lekarz polecał metodę wypalania na wiele schorzeń.

Scena ta nie przedstawia dwóch przyjaciół pograżonych w rozmowie, a skomplikowany zabieg, mający na celu wyleczenie neurologicznego przypadku. Medyk trzyma wszystko pod kontrolą, w bezemotywnym porządku, w metodycznym szeregu. Wykonuje swoją pracę zgodnie z maksymą samego Şerafeddina: „Trzymaj współczucie z dala od sławy i ambicji”. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 2/2019

1. Pozbawienie człowieka serca.

W oryginalnym rysunku widać serce o nieanatomicznym kształcie, wyglądające jak piernikowa ozdoba. W innych rycinach pokazujących „Zranionego człowieka” nie ma w ogóle serca.

2. Dodanie numeru 1 obok strzały przy stopie.

Niektóre z przedstawień „Zranionego człowieka” pokazują również cyfry odsyłające do sposobów leczenia ran pokazanych na głównej rycinie.

3. Dodanie slipka na kroczu mężczyzny.

Na innych wersjach ryciny „Zraniony człowiek” ma na sobie slipki zasłaniające części intymne.

4. Dodanie barana na głowie człowieka.

Postać „Zranionego człowieka” często łączono z wyobrażeniem Człowieka Zodiakalnego: tam poszczególne znaki Zodiaku przypisane były odpowiednim częściom ciała. Zodiakalny Baran odpowiadał głowie. Przynależności te znaczyły, że w momencie, gdy Księżyc wchodził w wytypowany znak Zodiaku, oznaczało to dobry czas na przeprowadzenie zabiegu na przypisaną mu część ciała.



„Zraniony człowiek”, Pseudo-Galen, Anatomia, Wellcome Collection, XV w.

NAGRODZENI Z „GL” 2/2019: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Witold Obrzut z Mysłowic**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Anna Gawron z Katowic, Piotr Frydrysiak z Łodzi, Janusz Piotrowski z Poznania**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 13 marca 2019 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL03** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

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

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,



Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

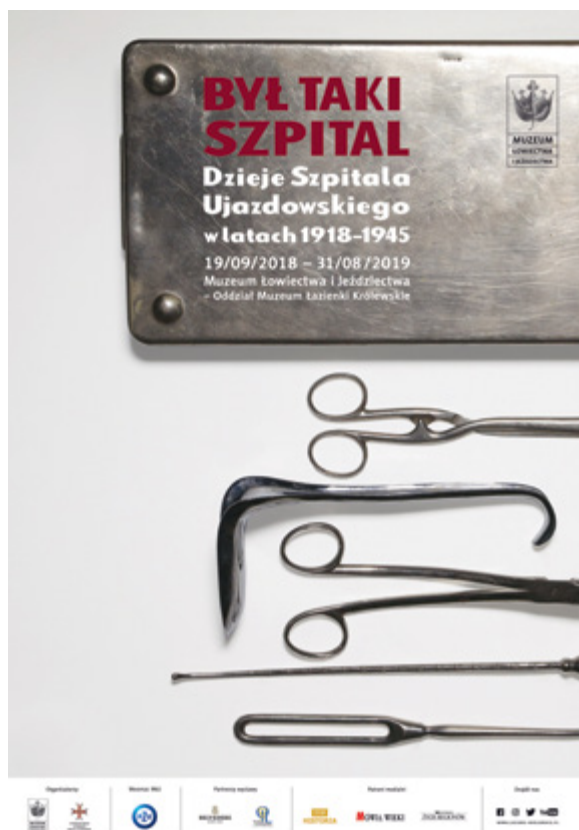
ufundowało książki:



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

KULTURA



Był taki szpital

Zapraszamy do odwiedzenia wystawy „Był taki szpital. Dzieje Szpitala Ujazdowskiego w latach 1918-1945” w Muzeum Łowiectwa i Jeździectwa w Warszawie. Wystawa jest czynna do 31 sierpnia 2019 r. Szpital Ujazdowski był jedną z największych i najstarszych wojskowych placówek medycznych w Polsce. Nie tylko pomagał rannym i chorym żołnierzom, kształcono tam także przyszłych lekarzy. Na wystawie zaprezentowano m.in. archiwalne zdjęcia, ale też przedwojenne narzędzia i urządzenia medyczne. Szczegółowe informacje na www.lazienki-krolewskie.pl w dziale „kalendarium”.

Pisać każdy może

OIL w Łodzi, na wniosek Literackiej Grupy Nieformalnej, działającej przy łódzkim Klubie Lekarza, ogłasza IX Ogólnopolski Konkurs Literacki pod hasłem „Pisać każdy może...”. Organizatorzy zapraszają do udziału lekarzy, lekarzy dentyistów i studentów uczelni medycznych. Teksty należy przesłać najpóźniej do 30 kwietnia.

NASZA CZYTELNIJA



Robimy wszystko, co w naszej mocy. Opowieści z OIOM-u

Daniela Lamas

Lekarka pracująca na oddziale intensywnej opieki medycznej stara się znaleźć odpowiedzi na pytanie, jak funkcjonują ludzie, którym pomogła nowoczesna medycyna i zaangażowani medycy. To powieść, w której z jednej strony opisuje bohaterstwo lekarzy i walkę o ostatni oddech pacjenta, a z drugiej porusza ważną, etyczną stronę granicy przedłużania ludzkiego życia.



Ból przewlekły. Ujęcie kliniczne i psychologiczne

Redakcja naukowa:
Wojciech Leppert,
Mikołaj Majkiewicz

Publikacja przedstawiająca problem bólu przewlekłego pod kątem medycznym i psychologicznym. Omówiono w niej m.in. zasady oceny klinicznej bólu, farmakoterapię, techniki interwencyjne, jak również jego wpływ na funkcjonowanie emocjonalne chorych czy współwystępowanie bólu i depresji. Osobny rozdział poświęcono bólom dolnego odcinka kręgosłupa.



Squash

Na 13 kwietnia zaplanowano V Otwarte Mistrzostwa Dolnego Śląska Lekarzy w Squashu. Szykuje się walka o poważne trofeum – Puchar Prezesa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

SPORT

Rowerowo

W dniach 8-9 czerwca odbędzie się Jurajski Rajd Rowerowy Lekarzy w okolicach Poraja (okolice Częstochowy). Zaplanowano 2 trasy z przewodnikiem, odpowiednio 20 i 50 km (do wyboru na miejscu).

Piłka nożna

OIL w Częstochowie zaprasza na XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej i IV Mistrzostwa Polski Lekarzy OLDBOYS (45+) w Częstochowie, które odbędą się od 31 maja do 1 czerwca na stadionie „RKS Raków”.



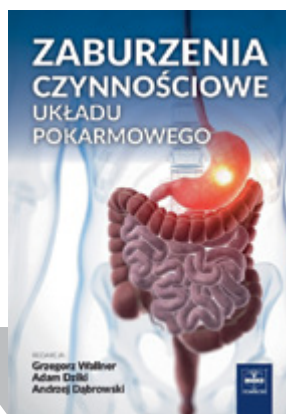
gazeta**lekarska**.pl



Lekarz w sieci

Beata Januszko-Giergielewicz

Zbiór felietonów specjalistki chorób wewnętrznych, nefrologii i transplantologii klinicznej powstałych na bazie osobistych doświadczeń z życia i pracy lekarza. Teksty te były wcześniej publikowane w „Biuletynie Lekarskim” Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej. Znajdziemy w nich obraz świata lekarskiego, trudów pracy, ale też pięknych i wzruszających chwil.



Zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego

Redakcja: Grzegorz Wallner, Adam Dziki, Andrzej Dąbrowski

Podręcznik przydatny w codziennej praktyce klinicznej lekarzy różnych specjalności, m.in. internistów, gastrologów, alergologów, kardiologów i chirurgów. Autorzy przedstawiają najnowszą wiedzę z zakresu diagnostyki i leczenia zaburzeń czynnościowych układu pokarmowego. Wskazują też na trudności związane z diagnostyką i terapią.

Kalendarz wydarzeń KULTURALNYCH i SPORTOWYCH

2019

1 MARCA

XIX Ogólnopolska Biesiada Literacka wraz z premierą 11. programu Kabaretu „BAK”

OIL w Łodzi
Iwona Szelewa (42 683 17 01,
biuro@oil.lodz.pl)

KULTURA

29 MARCA

VII Konkurs Literacki Im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi Wena Do Lekarza” – nadsyłanie prac (Gala: 23 maja)

Medycyna Praktyczna, KK NRL
Anna Wierchowska-Woźniak (663 430 286, www.mp.pl/wena)

28 KWIETNIA – 6 MAJA

VII Międzynarodowe Warsztaty Fotograficzne Lekarzy Photo Art Medica 2019

OIL w Częstochowie
Krzysztof Muskalski
(601 919 619)

10–12 MAJA

IX Międzynarodowy Przegląd Lekarzy Śpiewających „Musica Mores Confirmat”

OIL w Szczecinie
Grzegorz Czajkowski
(ksidor@oil.szczecin.pl)

26–31 MAJA

XVII Ogólnopolska Wystawa Malarska Lekarzy wraz z konkursem

OIL w Łodzi
Andrzej Świąs (42 683 17 01,
biuro@oil.lodz.pl)

30–31 MAJA

Przegląd Chórów Lekarskich w ramach X Kongresu Polonii Medycznej

OIL w Gdańsku
Marcin Nowiński
(mnnowinski@gumed.edu.pl)

9 CZERWCA

IX Ogólnopolski Konkurs Literacki

OIL w Łodzi
Iwona Szelewa (42 683 17 01,
biuro@oil.lodz.pl)

10–20 CZERWCA

XIX Ogólnopolski Plener Malarski

KK NRL
Włodzimierz Cerański
(602 121 084,
w.ceranski@oilwaw.org.pl)

24 CZERWCA

X Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa” dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów – nadsyłanie prac (rozstrzygnięcie: 14 października)

OIL w Warszawie
Majka Maria Żywicka-Luckner (604 286 324, majkazywicka@wp.pl)

17–22 WRZEŚNIA

VII Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy – Kazimierz Dolny 2019

Lubelska Izba Lekarska
Dariusz Hankiewicz
(602 465 578)

22 WRZEŚNIA

Koncert Charytatywny w Łęborku

Polska Orkiestra Lekarzy,
KK NRL
Elżbieta Czechowska
(608 292 023,
elaczech@interia.pl)

WRZEŚIEN

Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny „Oknem Eskulapa”

Śląska Izba Lekarska
Stanisław Mysiak (605 256 335)

6–13 PAŹDZIERNIKA

VI Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej Lekarzy – Orońsk

KK NRL
Stanisław Mysiak (605 256 335)

19 PAŹDZIERNIKA

VII Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej – Photo Art Medica 2019

OIL w Częstochowie
Krzysztof Muskalski
(601 919 619)

20–25 PAŹDZIERNIKA

Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna wraz z konkursem – „Świat w Obiektywie Lekarskim”

OIL w Łodzi
Andrzej Świąs (42 683 17 01,
biuro@oil.lodz.pl)

21 PAŹDZIERNIKA

IX Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny 2019

Lubelska Izba Lekarska
Krzysztof Sak (505 465 653)

31 PAŹDZIERNIKA

IV Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze – Dzieciom”

Lubelska Izba Lekarska
Michał Dudziński (506 807 456)

PAŹDZIERNIK

Tony Zdrowia 2019

OIL w Opolu
Marek Kania (604 977 229)

30 LISTOPADA

II Ogólnopolska Wystawa Fotografii Reportażowej Lekarzy „Wywołane z Przyszłości – Naświetlone dla Przyszłości”

OIL w Łodzi
Iwona Szelewa (42 683 17 01,

SPORT

4–6 STYCZNIA

Halowy Turniej Tenisowy „Trzech Króli”

Częstochowa
OIL w Częstochowie
Lesław Rudziński (601 913 381)
Rita Idziak (34 368 18 88)
czestochowa@hipokrates.org

11–13 STYCZNIA

Mistrzostwa Dermatologów w Narciarstwie Alpejskim

Krynica
Monika Karpińska-Mrowiecka

11–13 STYCZNIA

ZASTĘPCZY: 18–20 STYCZNIA

V Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy i Prawników w Szachach

Kazimierz Dolny n/Wisłą
Lubelska Izba Lekarska
Marek Gogacz (502 114 898)

12 STYCZNIA

VII Halowe Mistrzostwa Pomorza i Kujaw w Tenisie

Bydgoszcz
Bydgoska Izba Lekarska, Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska
Zbigniew Kula (606 464 455, zbigniew.kula@co.bydgoszcz.pl)
Aleksander Skop (604 267 343, skalek@poczta.onet.pl)

25–27 STYCZNIA Puchar Polski Lekarzy, Farmaceutów, Prawników – SKIMIL w Narciarstwie Alpejskim <i>Szczawnica lub Szczyrk</i> <i>Śląska Izba Lekarska,</i> <i>POLSKIMED</i> <i>Mariusz Smolik (504 045 609)</i>	16 LUTEGO XII Zimowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie <i>Sandomierz</i> <i>Świętokrzyska Izba Lekarska</i> <i>Jacek Łabudzki (603 914 107,</i> <i>drdjl@op.pl)</i>	22–23 LUTEGO XVI Ogólnopolskie Mistrzostwa Beskidów Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim <i>Wisła</i> <i>Beskidzka Izba Lekarska, POLSKIMED</i> <i>Janusz Lewandowski (606 235 361, janlewdactor@interia.pl)</i> <i>Mariusz Smolik (504 045 609)</i> <i>www.stozekwisla.pl</i>	23 LUTEGO 2. Halowe MPL w Lekkiej Atletyce <i>Toruń</i> <i>Kujawsko-Pomorska Izba</i> <i>Lekarska</i> <i>Julian Petka (504 101 375,</i> <i>julekp@onet.pl)</i>
LUTY ZASTĘPCZY: MARZEC XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym (CT) <i>Beskidzka Izba Lekarska</i> <i>Maciej Pająkowski (602 177 857)</i> <i>www.mp60.pl</i>	LUTY Primaaprilisowy Bieg Lekarzy <i>Jakuszyce</i> <i>Dolnośląska Izba Lekarska</i> <i>Zbigniew Markiewicz</i> <i>(508 269 901)</i>	1–3 MARCA XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim <i>Istebna • Beskidzka Izba Lekarska</i> <i>Janusz Lewandowski (606 235</i> <i>361, janlewdactor@interia.pl)</i> <i>Mariusz Smolik (504 045 609)</i> <i>zapisy, info – www.polskimed.pl</i>	8 MARCA Zawody narciarskie i snowboardowe w GS lekarzy (ślalom gigant) o „Złoty Stetoskop” <i>Gerlitzten, Austria • OIL w Łodzi</i> <i>Piotr Kosielski (535 003 002, piotr.kosielski@gmail.com)</i> <i>Joanna Kosielska (501 587 874, Joanna.kosielska@gmail.com)</i>
9 MARCA I Zawody o Puchar Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w Narciarstwie Alpejskim i Snowboardzie <i>Stacja narciarska Polana Szymoszkowa (Zakopane)</i> <i>OIL w Krakowie</i> <i>Robert Szczepara, zapisy i info: kml@oilkrakow.org.pl</i>	14–17 MARCA XXII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie <i>Stalowa Wola</i> <i>OIL w Rzeszowie</i> <i>Alfred Micał (603 927 870,</i> <i>Alfred.mical@gmail.com)</i>	16 MARCA IV MPL w Bowlingu <i>Bydgoszcz</i> <i>Bydgoska Izba Lekarska</i> <i>Marcin Gierach</i> <i>(marcin_gierach@wp.pl)</i>	29–31 MARCA zastępczy: 5-7 kwietnia XIX MPL w Siatkówce <i>Bielsko-Biała</i> <i>Beskidzka Izba Lekarska</i> <i>Klaudiusz Komor (608 365 164,</i> <i>kkomor@op.pl)</i>
29–31 MARCA XXV MPL w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2019” <i>Mielec</i> <i>OIL w Rzeszowie</i> <i>Zbigniew Bober (508 202 626)</i> <i>OIL (17 717 77 17, 515 170 815)</i>	4–6 KWIETNIA XV MPL w Pływaniu „Dębica 2019” <i>Dębica</i> <i>OIL w Rzeszowie</i> <i>Janusz Bieniasz (604 090 587,</i> <i>bienjan@op.pl)</i>	7 KWIETNIA 22. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 15 km (w ramach 33. Biegu Sokoła) <i>Bukowiec Górny</i> <i>Wielkopolska Izba Lekarska</i> <i>Leszek Walczak (601 754 720)</i>	1–2 MAJA ZASTĘPCZY: 2–3 MAJA Mistrzostwa Lekarzy w Kolarstwie Szosowym – wyścig drużynowy (3 osoby) + wyścig ze startu wspólnego <i>Kamień Śląski</i> <i>OIL w Opolu</i> <i>Radosław Operacz (602 270 228, rope@wam.opole.pl)</i>
9–12 MAJA Oficjalny Zlot Otwarcia Sezonu – Kielce 2019 Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy DoctorRiders <i>Kielce</i> <i>Świętokrzyska Izba Lekarska</i> <i>Oleg Magdziarz (666 312 111, o.magdziarz@interia.pl)</i>	10–12 MAJA XVIII Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy w Częstochowie <i>Częstochowa</i> <i>OIL w Częstochowie</i> <i>Lesław Rudziński (601 913 381)</i> <i>Rita Idziak (34 368 18 88)</i> <i>czestochowa@hipokrates.org</i>	17–19 MAJA Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy we Wrocławiu <i>Wrocław</i> <i>Dolnośląska Izba Lekarska</i> <i>Piotr Wieczorkowski (665 120 401, piotr_wieczorkowski@wp.pl)</i> <i>Anna Leśniowska (604 640 654)</i> <i>Adam Frąckiewicz (792 550 551)</i>	
17–19 MAJA zastępczy: 7–9 czerwca XIII Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy im. Majora Hubala <i>OIL w Łodzi</i> <i>Wojciech Sędzicki (722 282 750)</i>	18 MAJA ZASTĘPCZY: 19 MAJA X Jubileuszowy Gdański Bieg Lekarzy <i>Gdańsk</i> <i>OIL w Gdańsku</i> <i>Łukasz Skorupa (502 890 284, skori@gumed.edu.pl)</i> <i>Maria Kałas (608 388 118, marysia.kalas@gmail.com)</i> <i>Agata Korda (502 060 943, akorda@gumed.edu.pl)</i>	18–19 MAJA XVII MPL w Wędkarstwie Sławikowym <i>Beskidzka Izba Lekarska</i> <i>Grzegorz Kołodziej (501 503 435,</i> <i>grk@onet.eu)</i>	18–19 MAJA VII MPL w Badmintonie i VIII Puchar Medyczny „Zdążyć przed lotką 2019” <i>Łódź</i> <i>OIL w Łodzi</i> <i>Robert Bibik (695 864 973,</i> <i>rmbibik@wp.pl)</i>
19 MAJA II Mistrzostwa Śląska w Tenisie Stołowym <i>Śląska Izba Lekarska</i> <i>Zbigniew Stefański (691 939 708)</i>	24–26 MAJA IX Ogólnopolskie Regaty Lekarzy w klasie Puck <i>Puck</i> <i>OIL w Gdańsku</i> <i>Marcin Szczęśniak (603 696 160,</i> <i>mardent@autograf.pl)</i>	25–26 MAJA zastępczy: 1–2 czerwca XI Mistrzostwa Okręgowych Izb Lekarskich w Golfie <i>Lubelska Izba Lekarska</i> <i>Artur Czekierdowski</i> <i>(606 118 922)</i>	31 MAJA – 1 CZERWCA I MPL w Koszykówce <i>Łódź</i> <i>OIL w Łodzi</i> <i>Jacek Chwiałkowski (513 153 479, jacek.chwialkowski@gmail.com)</i> <i>Sebastian Zabierek (601 245 868, logan-x@o2.pl)</i> <i>Piotr Kosielski (535 003 002, piotr.kosielski@gmail.com)</i>

31 MAJA – 1 CZERWCA XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w piłce nożnej 6-osobowej Częstochowa OIL w Częstochowie Piotr Janik (602 380 957) Przemysław Klimas (604 792 574) Rita Idziak (34 368 18 88) czestochowa@hipokrates.org		31 MAJA – 1 CZERWCA III MPL OLDBOYS 45+ w piłce nożnej 6-osobowej Częstochowa OIL w Częstochowie Piotr Janik (602 380 957) Przemysław Klimas (604 792 574) Rita Idziak (34 368 18 88) czestochowa@hipokrates.org		MAJ XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 10 km Bielsko-Biała Beskidzka Izba Lekarska Maciej Pająkowski (602 177 857)	
MAJ Mistrzostwa Dolnego Śląska Lekarzy w Squasha Wrocław Dolnośląska Izba Lekarska Piotr Musik (666 843 614)	MAJ Puchar Brazylijskiego Ju-Jitsu Lekarzy Wrocław Dolnośląska Izba Lekarska Michał Głuszek (606 768 467)	MAJ Ogólnopolski Turniej Tenisa Wrocław Dolnośląska Izba Lekarska Piotr Wiczorkowski (665 120 401)	7–8 CZERWCA 16. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym Bychawa, Pszczela Wola k. Lublina Lubelska Izba Lekarska Krzysztof Matras (605 084 016) Mariusz Trus (697 111 238) www.szosa.eu		
8–9 CZERWCA XIX Jurajski Rajd Rowerowo – Kajakowy Lekarzy Jurajskie Przysań – Poraj OIL w Częstochowie Tomasz Klimza (691 488 383) Rita Idziak (34 368 18 88) czestochowa@hipokrates.org	8–9 CZERWCA zastępczy: 15-16 czerwca Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy Gdańsk OIL w Gdańsku Mateusz Koberda, www.sportlekarzy.pl	12–16 CZERWCA Rajd PSK Podhale – Poznaj Swoj Kraj – cykliczna impreza klubowa DoctoRRiders Poronin • OIL w Krakowie, OIL w Częstochowie Mariusz Janikowski (601 406 830), Maciej Szczygieł	13–16 CZERWCA XIII MPL w Siatkówce Piłkowej Niechorze OIL w Szczecinie Cezary Sierant (605 575 499)	14–16 CZERWCA XIV Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskiej Klasie Omega Morzyca, Jezioro Miedwie OIL w Szczecinie Halina Teodorczyk (517 905 224)	
15 CZERWCA VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie MTB Zalew Sobotka w Płocku OIL w Płocku Grzegorz Augustyniak (501 675 548, oilplock@plocman.pl)	15 CZERWCA zastępczy: 22 czerwca Rajd Świętej Apolonii Soczewki k. Płocka OIL w Płocku Leokadia Pielaszkiewicz-Kobyłska (24 264 56 46, oilplock@plocman.pl)	19 CZERWCA 3. MPL w Wielobojach Lekkoatletycznych Toruń Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska Julian Pełka (504 101 375, julekp@onet.pl)	20–23 CZERWCA XXIX MPL w Tenisie Olsztyn Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska	21–22 CZERWCA XIX MPL w Golfie Modry Las, Binowo OIL w Szczecinie Jerzy Szymczak (501 161 191)	
22–23 CZERWCA ZASTĘPCZY: 29–30 CZERWCA IX Ogólnopolski Grand Prix w strzelectwie myśliwskim dla lekarzy „Złoty Eskulap” Puławy Lubelska Izba Lekarska Marek Gogacz (502 114 898) Tomasz Wójcicki (502 190 494)		29–30 CZERWCA 8. MPL w LEKKIEJ ATLETYCE Toruń Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska Julian Pełka (504 101 375, julekp@onet.pl)	30 CZERWCA Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie – Dystans Olimpijski Frydman OIL w Krakowie Lucjan Habieda (665 515 600)	CZERWIEC XVIII MPL w Wędkarstwie Muchowym i Spinningowym Rzeka San OIL w Krakowie Maciej Fortuna (600 423 048)	
13 LIPCA I MPL w Rajdach na Orientację „Czarna Kobra” Nadleśnictwo Polanowa OIL w Koszalinie Andrzej Loranc (aloranc1@gmail.com) Stefan Wesołowski (stiwien2@gmail.com)	13–15 LIPCA zastępczy: 20-22 lipca I MPL w Tenisie na Trawie Michałówek Wojciech Pietrzak (604 262 193, wosio@poczta.onet.pl)	25–28 LIPCA Złot Motocyklowy MotoBridge Baby 2018 Bydgoszcz Bydgoska Izba Lekarska, Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska Hanna Śliwińska (502 585 343) Stanisław Leks (606 887 104)	2 SIERPNIA zastępczy: 16 sierpnia VIII Mistrzostwa Śląska w Tenisie Tychy Śląska Izba Lekarska Adam Dyrda (601 447 521)	3–11 SIERPNIA Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2019” Zatwarnica OIL w Rzeszowie Maria Szuber (17 717 77 17, 515 170 815)	
11 SIERPNIA 2. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu Górskim Ludwikowice Kłodzkie Dolnośląska Izba Lekarska Jerzy Słobodzian (602 486 406, jeryszlobodzian@gmail.com)	17 SIERPNIA XI Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie – sprint Sandomierz Świętokrzyska Izba Lekarska Jacek Łabudzki (603 914 107, drdjl@op.pl)	22–25 SIERPNIA zastępczy: 29 sierpnia – 1 września XV Jubileuszowy Złot „DoctorRiders” Stok k. Bełchatowa OIL w Łodzi Grzegorz Krzyżanowski (602 105 919)	23–25 SIERPNIA VITAL MEDIC Cup III Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy w Opolu Zawada k. Opola • OIL w Opolu Natalia Pelczar (natalia.pelczar@gmail.com) Daria Śmiechowska (d.smiechowska@vitalmedic.pl)		

31 SIERPNIA XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim Istebna Beskidzka Izba Lekarska Janusz Lewandowski (606 235 361, janlewdactor@interia.pl) zapisy, info – www.pomiaryczasu.pl	4–8 WRZEŚNIA XVII Igrzyska Lekarskie Zakopane OIL w Krakowie Maciej Jachymiak, www.igrzyskalekarskie.org	6–8 WRZEŚNIA XXIX Żeglarskie MPL Imionek k. Pizsa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska Komisja Kultury i Sportu ORL w Olsztynie, ul. Żołnierska 16C, Olsztyn olsztyn@hipokrates.org	7 WRZEŚNIA Mecz Prawnicy kontra Lekarzy Płock OIL w Płocku Joanna Masłankowska (24 264 56 46, biuro@oilplock.pl)	13–15 WRZEŚNIA X Jubileuszowy Zlot Motocyklistów „U Mannixa” Baranów Sandomierski OIL w Krakowie Mariusz Janikowski (601 406 830)
13–15 WRZEŚNIA VIII Turniej Ogólnopolski Lekarzy w Tenisie „Winobranie 2019” Zielona Góra OIL w Zielonej Górze Józef Safian (601 511 361, j.safian1@wp.pl)	14 WRZEŚNIA ZASTĘPCZY: 7 WRZEŚNIA 18. MPL i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo Warszawa OIL w Warszawie Krystyna Anioł-Strzyżewska (600 362 792, krystynaaniol27@gmail.com)	14 WRZEŚNIA XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie Rowy – Ustka OIL w Gdańsku Edward Pokorny (607 094 314)	15 WRZEŚNIA MediCup 2019 – Maraton wokół Zalewu Sulejowskiego Podklasztorze OIL w Łodzi Piotr Kosielski (535 003 002, piotr.kosielski@gmail.com) Joanna Kosielska (501 587 874, joanna.kosielska@gmail.com)	
21 WRZEŚNIA XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie MTB Michałki 2019 Michałki Wielkopolska Izba Lekarska Tomasz Kaczmarek (602 215 001, tomkolar@dostep.pl)	26–29 WRZEŚNIA XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach Kielce Świętokrzyska Izba Lekarska, Śląska Izba Lekarska Piotr Wiśniewski (606 100 091) Leszek Bakalarz (535 890 777, l.bakalarz@wp.pl)	28 WRZEŚNIA XIX Mistrzostwa Pomorza i Kujaw w Tenisie Toruń Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska, Bydgoska Izba Lekarska Aleksander Skop (604 267 343, skalek@poczta.onet.pl) Zbigniew Kula (606 464 455, Zbigniew.kula@co.bydgoszcz.pl)		
WRZEŚIEŃ IV Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w MTB Lubenia – Straszylde k. Rzeszowa OIL w Rzeszowie Grzegorz Siteń (604 351 970) OIL (17 717 77 17, 515 170 815)	12–13 PAŹDZIERNIKA zastępczy: 19–20 października VIII MPL w Squashu Gliwice Śląska Izba Lekarska Tomasz Romańczyk (501 464 891, romanczyk@htcentrum.pl)	20 PAŹDZIERNIKA XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie Poznań Wielkopolska Izba Lekarska Wojciech Łącki (602 244 817, wojciechlacki@poczta.onet.pl)	26–28 PAŹDZIERNIKA zastępczy: listopad XXV MPL w Brydżu Sportowym Warszawa OIL w Warszawie, Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska Krzysztof Makuch (608 200 190, krzysztofmakuch@hipokrates.org) Aleksander Skop (604 267 343, skalek@poczta.onet.pl)	
PAŹDZIERNIK ZASTĘPCZY: LISTOPAD VIII Mistrzostwa Polski Samorządów w Brydżu Sportowym Warszawa OIL w Warszawie Krzysztof Makuch (608 200 190, krzysztofmakuch@hipokrates.org)	PAŹDZIERNIK ZASTĘPCZY: LISTOPAD Mistrzostwa Polski Lekarzy w Nordic Walking Dolnośląska Izba Lekarska Leszek Pałka (601 718 899)	9–11 LISTOPADA XVI Ogólnopolski Halowy Turniej Tenisowy im. dr. Andrzeja Jasińskiego Pabianice OIL w Łodzi Bogusław Rataj (602 574 099)	13–14 GRUDNIA Kryterium Pierwszego Śniegu. Konferencja Przygotowanie Kondycyjne do Sezonu Wisła lub Suche Śląska Izba Lekarska Mariusz Smolik	GRUDZIEŃ IX Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie o Puchar Prezesa Nowa Wieś k. Rzeszowa OIL w Rzeszowie Alek Micał (603 927 870) Jacek Kowal



PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

Oczy

TOMASZ KARDACZ,
laureat konkursu „Przychodzi wena do lekarza”

Pewnego dnia. A był to dzień zupełnie zwyczajny. Taki, jakich bywa w roku wiele. Dni nużących swoim sennym zimnym światłem odbitym od chmur i przerywanego wiatrem deszczu. Gdy nad domami w mieście o świcie nie ma jeszcze wyraźnego światła. Nie panuje już jednak mrok. Zaś z sennych oparów mlecznej nocnej mgiełki nie wynurza się definitywnie świt. Kiedy nagie gałęzie drzew stojących w szpalerze przy ulicy sięgają po ciebie swoimi rozcapierzonymi kolcami ramion, a ich lśniąco od deszczu i spływające wilgocią pnie wydają się wytopione i wykute w metalu. Otwierając zaś drzwi od klatki schodowej, budzisz rozsypujące się po niebie krzyczące czarne ptaki. W taki oto dzień wychodziłem z mojego mieszkania, znużony nocnym koszmarem, którego jakoby w pewnych znaczeniach dzień stać się miał niejako przedłużeniem.

Pomyślałem, że jesień nie trwa w nieskończoność. Za kilka miesięcy słotne i wietrzne dni odmienią się w wiosenne spotkanie ze słońcem. Wtedy każdy będzie żałował, że nie ma deszczu... Trudno powiedzieć, kiedy zauważyłem coś niezwykłego. Może usłyszałem jakby trzepot skrzydeł, świeży, zrywających się do lotu istot. Początkowo dostrzegłem po drugiej stronie ulicy pierwszych ludzi ślaniających się przy witrynach sklepów, przystankach, błędzących na czworakach po chodniku i macających wokół drżącymi dłońmi. Śpiesząc się, w pierwszej chwili zignorowałem to zjawisko, później jednak wpadłem na ludzi potrącających siebie i innych w tłumie, błędzących. Ich oczy opuściły ciała i odleciały w górę. Czarne oczodoły wypełniały pustkowiem, a ludzie owi próbowali krzyczeć, ale milczeli. Głos nie mógł przedrzeć się przez ich ściśnięte przerażeniem gardła.

Oczy odlatywały do dalekich krajów, wznosząc się ponad blokami. Niektóre pełne były łez i trzepotały skrzydłatymi rzesami. To nie deszcz, tylko słone krople padały z nieba na mój kapelusz.

I widziałem na niebie bardzo drogie i bliskie mi oczy. Oddalały się, kołyszac na wietrze. Nic nie mogło ich zatrzymać.

Rząd podjął pewne działania. Skierowano dywizjon lotników do akcji zawracania całych stad odlatujących oczu.

Artylerzyści wycelowali w niebo liczne armaty nabite solą i pieprzem, żeby zmusić uciekinierów do powrotu.

Na szczęście udało się powstrzymać takie drastyczne działania, gdyż przypuszczalnie oczy mogą wrócić na wiosnę same, dobrowolnie.

Na razie czekamy.



ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE**ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU
LEKARSKIEGO I STOMATOLOGII AM
WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1959**

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 60-lecia ukończenia studiów i uzyskania Absolutorium Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się 18 maja 2019 r. (sobota). Program zjazdu: godz. 9.00 – msza święta (Katedra Wrocławska, Kaplica Bożego Ciała); godz. 10.30 – uroczystość otwarcia zjazdu w auli Hotelu Jana Pawła II (kol. Lech Lenkiewicz, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego), wystąpienie J. M. Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich, wystąpienie starosty roku – kol. Jana Szymańskiego, recytacja okolicznościowych wierszy – kol. Bożena Abramowska, kol. Wiesław Prastowski, wystąpienia pozostałych kolegów, wspólne pamiątkowe zdjęcie; godz. 12.30 – przejazd autokarem do Zakładu Anatomii Prawidłowej, zwiedzanie Muzeum Anatomii Człowieka (ul. Chałubińskiego 6a); godz. 14.30 – obiad w restauracji Hotelu Jana Pawła II; ok. godz. 16.00 – zakończenie zjazdu; możliwość zwiedzania Ogrodu Botanicznego (dla chętnych). Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta, osoby towarzyszącej 200 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto dla Wiedzy i Mądrości na nr 12 2030 0045 1110 0000 0402 7620 do 15 marca 2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1959”. Za Komitet Organizacyjny: Lech Lenkiewicz, Małgorzata Pawłowska, Janusz Patkowski.

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM
BIAŁYSTOK, ROCZNIK 1984**

Zapraszamy na spotkanie z okazji 35-lecia uzyskania dyplomu w dniach 24-26 maja 2019 r. w Centrum Zdrowia w Rybakach k. Olsztyna. Koszt obejmuje noclegi, posiłki, uroczystą kolację w sobotę, 2 zabiegi rehabilitacyjne i wynosi 410 zł od osoby. Zgłoszenie udziału w recepcji Centrum (tel. 796 005 042, rezerwacje@centrumzdrowiarybaki.pl). Wpłaty z dopiskiem „zjazd 24-26 maja i imieniem i nazwiskiem” na konto A.O.CH.CARITAS A.W. w Rybakach 30124055981111000050359897 do 30 kwietnia 2019 r. Organizatorzy: Apolonia Szarkowicz (tel. 601 155 854, pol-szar@wp.pl), Elżbieta Szymanowska (tel. 663 728 774).

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM
W POZNANIU, ROCZNIK 1977-1983**

W związku z 35-leciem naszego Dyplomatorium, planujemy zorganizowanie spotkania naszego roku w dniu 15 Czerwca 2019 r. w hotelu Andersia w Poznaniu. Koszt spotkania: 380 zł od osoby. Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 11 1090 1506 0000 0001 4181 6114 Santander Bank Polska SA. Wszystkie informacje na stronie Zjazdu: www.absolwenci1983-am-poznan.pl Komitet organizacyjny: Ewa Wender-Ozegowska (ewaoz@post.pl), Joanna Rosińska-Migda, (mig-med@wp.pl).

**ABSOLWENCI AM W WARSZAWIE, WYDZIAŁ LEKARSKI
I ODDZIAŁ STOMATOLOGII, ROCZNIK 1969**

Uroczystość odnowienia dyplomów po 50-ciu latach odbędzie 26 czerwca 2019 r. w WUM w Centrum Dydaktycznym o godz. 12.00 (część oficjalna bezpłatna), część towarzyska w hotelu BOSS w Miedzeszynie, ul. Żwanowiecka 20. Opłatę za spotkanie w hotelu w kwocie 400 zł prosimy wpłacać na konto: Ewa Duszczyk 82 1020 1055 0000 9202 0436 4071 do 15 maja. Informacje: Danuta Miłkowska (606 244 202), Ewa Duszczyk (607 342 915), Maria Danielska (784 928 622), <http://sites.google.com/site/zjazdlekarzy>

**ABSOLWENCI ŚLAM WYDZIAŁ LEKARSKI
ZABRZAŃSKI, ROCZNIK 1988-1994**

W związku ze zbliżającym się 25-leciem ukończenia studiów spotkajmy się w hotelu „Pod Jedłami” w Wiśle na zjeździe w dniach 6-8 września 2019 r. Zainteresowanych prosimy o rezerwację miejsc do 31 marca 2019 r. (wraz z zaliczką 100 zł) oraz wpłatą całości opłaty do 30 czerwca 2019 r. (1 dzień 7/8.09 – 250 zł, 2 dni 6/7-7/8.09 – 400 zł). Rezerwacja: tel. (33) 856 47 20 i 607 737 827 lub mailowo: rezerwacja@podjedlami.pl na hasło: „Zjazd 1994”. Wpłaty na konto hotelu NG Bank Śląski nr 22105012141000009031501902. Informacje: Anna Czereba-Pohl (tel. 604 775 408), Bogdan Żychowicz, (tel. 606 121 247).

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1999

Zapraszamy na spotkanie z okazji 20-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 13-15 września 2019 r. Miejsce: ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu. Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 500 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 marca 2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1999”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

**ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM
W KRAKOWIE, ROCZNIK 1978-1984**

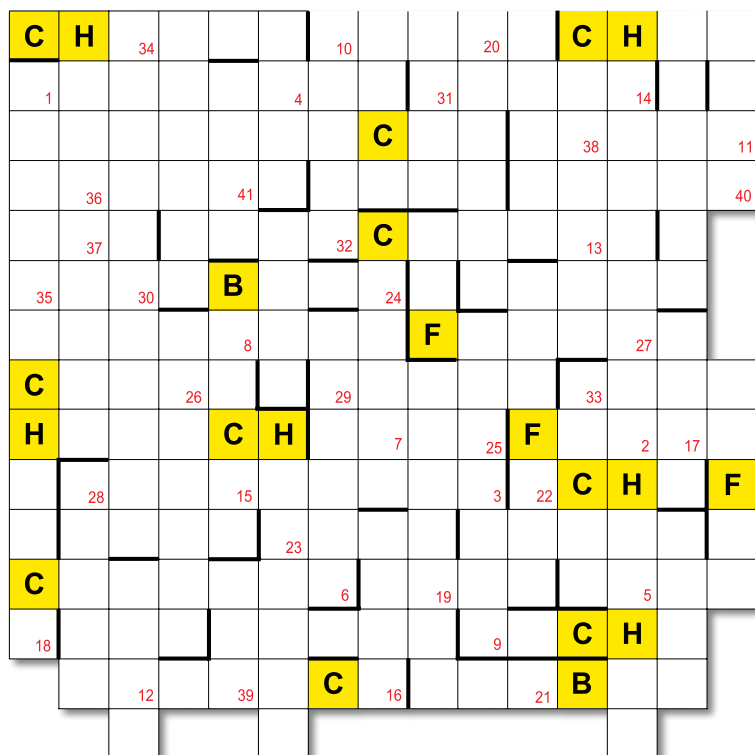
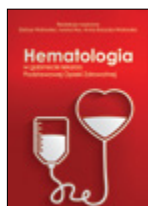
Spotkanie odbędzie się 14 września 2019 r. w Krakowie. Patronat honorowy: Prorektor UJ ds. Collegium Medicum prof. dr hab. med. Tomasz Grodzicki. Wszelkie informacje na stronie www.mp.pl/35lecie1984. Za Komitet Organizacyjny: Ewa Pałuba (ewapaluba@poczta.fm), Andrzej Fugiel (fugiel@mp.pl, tel. 604 299 111).

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1974

Zapraszamy na spotkanie z okazji 45-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 27-29 września 2019 r. Miejsce: Hotel Kudowa Manufaktura Relaksu w Kudowie Zdroju. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 500 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 30 kwietnia 2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1974”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

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

Objaśnienia 68 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, C, F i H. Na ponumerowanych polach ukryto 41 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl, której autorem jest Ludwik Pasteur. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 19 marca 2019 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* pasożyty * król Lidii, synonim bogactwa * największy dopływ Kolumbii * kazanie oparte na Piśmie Świętym * inhibicja * zwiżane wołowe * państwo z Aszur i Niniwą * przeciwnicy faryzeuszy * kolejowy pod torami * cuprum * ślad po pile * Zorba * to i... * bóg płodności ze stulejką * brama klasztoru * boski władca Egiptu * wyspa państwa Fidzi (44 km²) * idzie i naucza wszystkie narody * głośny owad * rosyjska zupa rybna * indonezyjska prowincja na Nowej Gwinei * grymas twarzy * cranium * danina przestarzałe * syn Jareda, wzięty cielesnie do nieba * flak, pęknięta dętka * Linum * Argonauta, syn Afareusa * miasto na Wyspach Marshalla, miejsce testów nuklearnych * sklep z ludowym rękodziełem * syn Noego, przodek ludów Afryki * corpus * spece od fajerków * port nad Dnieprem w obwodzie homelskim * kumpel Mai * dwie damy * pochodne kwasów i alkoholi * arcybiskup, metropolita warszawski * stolica prowincji na południu Sycylii * filipin * delfin amazoński * od grudnia do marca * Astra lub Corsa * kurtyzana Zoli * święcenia biskupie * Trichinella * prezydent Portugalii (1976-86) * Ramiz, prezydent Albanii (1991-92) * biją w nie nasi * fantazje, urojenia * germański chochlik, duszek leśny * nomos z Liwadią * śpiew gregoriański * porażenie * termin kalendarzowy * płynie w Olsztynie * publiczna lub o uczniu * zeszycie macicy (łac.) * Zygmunt, ojciec Augusta * niemiecka galareta * Tuhajbejowicz * sieć zastawna * pupilla * liczne w atlasie * zachodni sąsiad Morza Koralowego * grecko-polska piosenkarka * wyrób ceramiczny na piecu * francuski twórca narzędzi chirurgicznych

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 240

(„GL” nr 12/2018–01/2019, WYDANIE ŚWIĄTECZNE)

Śniadanie zjedz sam, obiad z przyjacielem, kolację daj wrogowi.

Nagrody otrzymują:

Aleksandra **Hajdo** (Wieliczka), Bartłomiej **Janus** (Łódź), Małgorzata **Podlak-Lubczyńska** (Pyskowice), Paweł **Procnal** (Stalowa Wola), Mateusz **Radom** (Zakopane), Ewa **Reczek** (Kraków), Ewa **Stuglik-Janczy** (Kraków), Marta **Świecka** (Warszawa), Piotr **Werner** (Warta), Justyna **Wrocławska** (Kłobuck). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelna
Rada
Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 173 800 tegz.

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

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

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

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

Redaktor portalu internetowego
www.gazetalekarska.pl
Mariusz Tomczak
m.tomczak@gazetalekarska.pl

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

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

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

Projekt i opracowanie graficzne
Magdalena Skoniecka,
Montownia/Teresa Urawska

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

Ogłoszenia
Olga Aniśko
Tel. (22) 559 13 26
Fax (22) 558 80 42
o.anisko@gazetalekarska.pl

Druk
Walstead Central Europe

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

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

