

■ **SAMORZĄD:** W czasach gruźlicy, jaglicy i kas chorych



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

03 | 2020

**BURNOUT
SYNDROME**

STOMATOLOGIA

■ **Kara za wykroczenie
popelnione w UK**

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

■ **Co zrobić,
żeby się chciało?**

SZTUKA MOTYWACJI

■ **Metoda Jatene'a**

KAMIEŃ MIŁOWE KARDIOCHIRURGII

Temat numeru

**NOWELA USTAWY
O ZAWODACH LEKARZA
I LEKARZA DENTYSTY**

RZĄD NIE WYCOFUJE SIĘ Z PRZEPISÓW DOTYCZĄCYCH CUDZOZIEMCÓW

18

POMÓŻ POMAGAĆ

Od niemal dekady Fundacja Lekarze Lekarzom dociera z pomocą do tych, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej.



27

OZNACZANIE POZIOMU ODPŁATNOŚCI LEKU W PRAKTYCE

Wskazania refundacyjne zazwyczaj związane są ze stanem zdrowia pacjenta, ale zdarzają się również powiązania z wiekiem lub płcią chorego.



Spis treści

Marzec 03/2020

SAMORZĄD

- 4 | Zaklinanie rzeczywistości
- 8 | W czasach gruźlicy, jaglicy i kas chorych
- 10 | Ad vocem
- 13 | Jubileuszowe refleksje
- 18 | Pomóż pomagać

TEMAT NUMERU

- 20 | O tym się nie mówi
- 21 | Co z ustawą?
- 24 | Konsekwencje

PRAWO I MEDYCyna

- 26 | Obowiązek dotyczący faktury zakupowej
- 27 | Oznaczanie poziomu odpłatności leku w praktyce
- 28 | O systemowej niewydolności systemu

- 29 | Kara za wykroczenie popełnione w UK
- 30 | Po co mediacja?
- 32 | BDO: odroczenie terminu

PRAKTYKA LEKARSKA

- 33 | Wycena do korekty!
- 34 | Ilu jest stomatologów?
- 36 | Burnout syndrome
- 38 | Biuletyn
- 47 | Zabójczy kolor
- 48 | Co zrobić, żeby się chciało?
- 51 | Sprawcy nie wykryto
- 52 | Telemedycyna a etyka
- 53 | Niebezpieczne dla jelit
- 54 | W kraju czy za granicą?
- 56 | Nie ma medycyny bez farmakologii
- 58 | Panna czy tygrys

ZE ŚWIATA

- 61 | MC: nie wypisuj recepty dla siebie i bliskich
- 62 | Walka trwa

LISTY

- 64 | Jak zwracać się do lekarza?
- 65 | Etyczny aspekt jedzenia mięsa

PO GODZINACH

- 66 | Upartyjnienie do imentu
- 67 | Nursing Now
- 68 | Na skrócie
- 70 | Operacja metodą Jatene'a
- 73 | Kultura
- 76 | Sport
- 77 | Zjazdy koleżeńskie
- 78 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

W momencie publikacji tego tekstu dobiegają końca parlamentarne prace nad ustawą budżetową na 2020 r. To opasły dokument, liczący, wraz z załącznikami, ponad 500 stron. Część tego dzieła poświęcona jest zdrowiu.

Nie miejsce tu, by analizować liczby, zwłaszcza, że proces legislacyjny jest w toku. Warto jednak przyjrzeć się rządowym propozycjom, mając w pamięci prace nad sztandarowym projektem ministra Łukasza Szumowskiego „Wspólnie dla zdrowia”. Uczestniczyłem w nim z mieszanymi uczuciami, czemu dawałem wyraz m.in. na łamach „Gazety Lekarskiej”. Obecne doświadczenia utwierdzają mnie w sceptycyzmie.

Minister Szumowski projekt ogłosił w kwietniu 2018 r. Przez rok, poczynając od czerwca 2018 r., odbyło się siedem wielogodzinnych debat w różnych miastach kraju. Prawie 70-osobowa społeczna rada i grono wspierających ją ekspertów wypracowali końcowy dokument, zaprezentowany opinii publicznej pod koniec czerwca ub.r. Dorobek debat przedstawiono w formie eleganckich prezentacji, były przemówienia, podziękowania, gratulacje, kamery, a że projekt miał 16. patronów medialnych, to i rozgłos był niemały. Dziś na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia trudno jednak doszukać się końcowego opracowania.

Z SOBIESKIEGO 110

Zaklinanie rzeczywistości

Musi się wiele zdarzyć, aby zostało po staremu. Ta natrętna myśl do mnie wraca, gdy zastanawiam się nad ostatnimi wydarzeniami wokół ochrony zdrowia przy okazji prac nad ustawą budżetową, i nie tylko.

Pewnie już mało kto pamięta, że znalazło się w nim wiele ogólnie słusznych stwierdzeń, też trafnie opisujących największe słabości systemu ochrony zdrowia i ich przyczyny. Były też rekomendacje. Na konferencji podsumowującej debaty zapowiadano przygotowanie dokumentu programowego, ale – o ile wiem – sprawa uciхла.

W toku debat wiele mówiło się o mierzeniu efektów zdrowotnych oraz potrzebie spojrzenia przekrojowego i kompleksowego. Tymczasem podczas lektury części poświęconej zdrowiu w tzw. budżecie zadaniowym na rok 2020–2022 (czyli wykraczającym poza horyzont jednego roku) czytelnicy poczuli naftalinę. Dla przykładu, zadanie opisane jako „System opieki zdrowotnej i dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej” ma na celu m.in.: „Wzmocnienie systemu opieki zdrowotnej poprzez zapewnienie dostępności pacjentom do świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej, zapewnienie dostępu do wysokospecjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa...”.

Co będzie miernikiem realizacji tak ważnego zadania? „Liczba osób objętych w ciągu roku leczeniem w ramach programów polityki zdrowotnej, ukierunkowanych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej”. Czy sama liczba osób powinna być miernikiem sukcesu?

Inny przykład. Zadanie o nazwie: „Profilaktyka, edukacja i promocja zdrowia oraz nadzór sanitarno-epidemiologiczny”, którego celem jest, jak zapisano, zapewnienie właściwego nadzoru sanitarno-epidemiologicznego na terenie Polski oraz poprawa dostępności do profilaktycznych świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach programów profilaktyki zdrowotnej. Tu pomiar „stopnia realizacji zadania” opisany jest jako: „Stosunek liczby wymierzonych mandatów na skutek wykrytych nieprawidłowości do liczby przeprowadzonych kontroli w zakresie nadzoru sanitarno-epidemiologicznego (w %)” , a także „Liczba osób korzystających z profilaktycznych badań przesiewowych realizowanych w ramach programów polityki zdrowotnej”. Uczestnicy debat „Wspólnie dla zdrowia” zapewne oczekiwali bardziej wyrafinowanych mierników, a podatkicy – wiedzy, jak zadania miałyby się przełożyć na efekty zdrowotne. Oczywiście, istotne zmiany można zaobserwować

“

Czy dzieląc lekarzy na dwie kategorie, nie skazujemy też pacjentów na podobny podział?

w długim okresie, ale trzeba wykonać pierwszy krok, by w nowy sposób patrzeć na ochronę zdrowia, jako na kompleks usług publicznych.

Chyba najwyższy czas na zmianę podejścia: ustalenia długofalowych, konkretnych celów zdrowotnych, które chcemy osiągnąć w kolejnych latach, i określania pod te cele planów finansowych oraz przemysłanej i udokumentowanej priorytetyzacji, również w trosce o stabilność finansów publicznych. To niełatwe zadanie, wymaga przekrojowego spojrzenia na całą gospodarkę i politykę społeczną, a nie decydowania o prostych transferach środków lub ograniczanie się do wybranych dziedzin.

Zmiana podejścia byłaby przełomem świadczącym, że szeroko rozumiane zdrowie rzeczywiście traktuje się priorytetowo. Symbolicznym sygnałem, że tak się dzieje, byłoby podejście międzyresortowe, łącznie ze zmianą instytucjonalną, polegającą na powołaniu wicepremiera odpowiedzialnego za zdrowie i ogólnie społeczny dobrostan. Takie rozwiązanie nasze środowisko postuluje od dawna.

Tymczasem mamy epatowanie miliardami złotych, rosnącymi wskaźnikami procentowymi, narodowymi strategiami, programami, agencjami, instytucjami... Przez ten informacyjny szum i tabloidowy zgłęb nie przebiega się najważniejsze pytanie: co z tego konkretnie wynika dla zdrowia publicznego i samych pacjentów? Odpowiedź nurtuje i pacjenta, i lekarza, i ekonomistę. Uważa się, że zdrowie i ekonomia to niedobra para, ale odpowiedź na postawione pytanie jest fundamentalna. Chodzi o to, by nasze, publiczne pieniądze, były dobrze wydawane. W ochronie zdrowia nie zawsze dużo, znaczy dobrze. Znany przykładem są chociażby Stany Zjednoczone, gdzie wyjątkowo wysokie nakłady na zdrowie nie przekładają się na społeczną satysfakcję i poczucie bezpieczeństwa na wypadek choroby. Oby tylko nie powoływano się na niego, by usprawiedliwiać powolny wzrost nakładów na zdrowie. Powinien on raczej mobilizować do zdynamizowania zmian strukturalnych i organizacyjnych, by zwiększać efekty zdrowotne.

W trójkącie: lekarz-pacjent-system mamy szczególną rolę do spełnienia. Kodeks etyki wyostre nasze spojrzenie, ponieważ to my stajemy wobec dylematów, gdy okazuje się, że system uniemożliwia nam niesienie pomocy chorym w takim zakresie i na takim poziomie, na jaki pozwalają nasze umiejętności, wiedza i postępy medycyny. Politycy i tzw. regulatorzy są wolni od tych dylematów. Dlatego mamy prawo, a wręcz obowiązek, stanowczo reagować.

Zadaniem samorządu lekarskiego jest przypominać politykom o ich odpowiedzialności za kondycję zdrowotną społeczeństwa, burzyć ich dobre samopoczucie i sprowadzać na ziemię, gdy wzniosły słowa i wielkie liczby zaczynają przesłaniać rzeczywistość.

Słowa nie działają jak zaklęcia. Na przykład fakt, że zniesione zostaną limity do niektórych specjalistów, nie oznacza, że skończą się kolejki, bo przecież nagle nie przybędzie medyków. Strategia onkologiczna, gdy wyjdzie z etapu pilotażu i obejmie cały kraj, też będzie wymagała zaangażowania odpowiednich kadr. Jednocześnie wykonuje się ruchy, które naszą lekarską młodzież mogą zniechęcić do pozostania w Polsce. W związku ze znacznym podwyższeniem płacy minimalnej, pensje lekarzy relatywnie zostały obniżone. Lekarz stażysta po 6 latach studiów otrzymuje wynagrodzenie równe płacy minimalnej, co w połączeniu z warunkami pracy i ciągłym niedofinansowaniem ochrony zdrowia w Polsce wypycha go za granicę, pogłębiając kryzys kadrowy.

Na braki kadrowe aplikuje się lek w postaci zmian w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, dzięki którym polski rynek ma otworzyć się przed medykami spoza Unii Europejskiej, ale traci się z pola widzenia jakość napływających kadr i w konsekwencji – bezpieczeństwo pacjenta.

Trudno oprzeć się wrażeniu, że chodzi o szybkie odtrąbienie sukcesu: „przybywa lekarzy, rozwiązujemy problem dostępności”. Będzie można pokazać rosnące słupki. Magia przemówień w blasku kamer zrobi swoje. Ale co z pacjentami? Czy dzieląc lekarzy na dwie kategorie, nie skazujemy też pacjentów na podobny podział?

Rysuje się jeszcze jedno zagrożenie. Pełne entuzjazmu zapewnienia polityków o rosnących nakładach na ochronę zdrowia windują społeczne oczekiwania, które w konfrontacji z rzeczywistością sprawiają, że niechęć, a nawet wrogość pacjentów i ich rodzin, kierowana jest przeciwko personelowi medycznemu.

Usługi publiczne, a do nich należy ochrona zdrowia, ocenia się przez pryzmat społecznych efektów, a nie skali nakładów i ich dynamiki, liczby programów, procedur i instytucji, choćby najbardziej górnolotnie nazwanych. Koniec końców, liczy się sprawne dostarczenie usług, co daje obywatelom poczucie zabezpieczenia na wypadek choroby. A to od lat, jak wykazują badania opinii, w naszym kraju jest na niskim poziomie. Tego nie wyczarują zaklęcia, piękne słowa, deklaracje i debaty. To trzeba wypracować w autentycznym dialogu zbudowanym na zaufaniu, szacunku dla odmiennych podglądów i z dala od partyjnych konfiguracji. Wymaga to też zerwania z wąskoresortowym patrzeniem na problem zdrowia. Zdrowie to nie tylko domena ministerstwa czy NFZ. To wyzwanie cywilizacyjne dla państwa i jego instytucji. Niestety, debata „Wspólnie dla zdrowia”, mimo rozmachu – jak widać po ustawie budżetowej AD 2020, nie przybliżyła nas jeszcze do nowocześniejszego modelu. Oby nie okazało się, że wykonano kawał dobrej, ale nikomu niepotrzebnej pracy! ■



**Magia przemówień
w blasku kamer
zrobi swoje.
Ale co z pacjentami?**

SKRINING

Wzrost płac?

W ramach Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia, działającego przy Ministerstwie Zdrowia, rozpoczęły się rozmowy dotyczące ustalenia wysokości najniższego wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W związku z tym Prezydium NRL zaapelowało do ministra zdrowia o niezwłoczne włączenie przedstawicieli NRL do udziału w jego pracach. Przypominano, że przyjęte w obowiązującej ustawie współczynniki pracy są dalekie od postulatów samorządu lekarskiego. Krajowy Zjazd Lekarzy wielokrotnie apelował do ministra zdrowia w tej sprawie, domagając się

wynagrodzenia dla lekarza stażysty na poziomie jednej średniej krajowej, dla lekarza bez specjalizacji i dla lekarza rezydenta wynagrodzenia na poziomie dwukrotnej średniej krajowej, dla lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji – dwuipółkrotnej średniej krajowej, a dla lekarza ze specjalizacją – trzykrotnej średniej krajowej. – Naczelna Rada Lekarska wielokrotnie postulowała o zmiany w zakresie płac w ochronie zdrowia oraz o ich urealnienie na tyle, aby lekarze nie byli zmuszeni do podejmowania dodatkowego zatrudnienia kosztem należnego odpoczynku i rodziny, a często własnego zdrowia, co nie jest bez znaczenia dla bezpieczeństwa pacjentów – mówi prezes NRL Andrzej Matyja. 11 lutego, w czasie posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia, prezes NRL zwracał uwagę parlamentarzystom m.in. na bardzo niskie wynagrodzenia stażystów. – Taka płaca lekarzy i lekarzy dentystów stażystów jest niczym innym jak wskazywanie im innego kierunku poszukiwania pracy niż Polska – stwierdził prof. Andrzej Matyja. ■



gazetalekarska.pl

Prawa lekarzy

Ten temat powraca niczym bumerang. Do NIL i GIS docierają informacje, że lekarze wykonujący obowiązkowe szczepienia ochronne coraz częściej spotykają się z odmową ich realizacji do czasu spełnienia różnych żądań (np. udzielenia bardzo szczegółowych informacji niemieszczących się w zakresie lekarskiego badania kwalifikacyjnego do szczepienia). Biorąc pod uwagę także fakt, że według aktualnej wiedzy medycznej nie ma skuteczniejszej metody ochrony przed chorobami zakaźnymi niż szczepienia ochronne, 23 stycznia prezes NRL Andrzej Matyja i Główny Inspektor Sanitarny Jarosław Pinkas wydali wspólny komunikat w tej sprawie. Czytamy w nim m.in., że nie ma podstawy prawnej żądanie od lekarza w ramach badania kwalifikacyjnego do szczepienia szczegółowego wyjaśnienia wszelkich wątpliwości dotyczących takich zagadnień jak: skład i działanie szczepionki, sposób jej produkcji, dystrybucji i przechowywania, możliwe działania niepożądane, statystyka odczynów poszczepiennych czy kwestia odpowiedzialności materialnej za powikłania poszczepienne. Niepoddanie dziecka badaniu kwalifikacyjnemu z winy osoby zobowiązanej nie skutkuje ustaniem obowiązku szczepienia ochronnego, a dopiero stwierdzenie przez lekarza przeciwwskazań do szczepienia zwalnia od wykonania ustawowego obowiązku. Więcej na www.gazetalekarska.pl. ■

E-recepty

W ostatnich tygodniach w mediach pojawiły się doniesienia dotyczące podejrzenia „handlu” e-receptami za pośrednictwem konsultacji online. W związku z tym przypominamy, że przewinienia z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów należy zgłaszać do odpowiedniego miejscowo okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prezydium NRL w niedawno podjętym stanowisku zwracało uwagę, że niezbędne jest szczegółowe określenie standardów i wytycznych w zakresie udzielania świadczeń telemedycznych. Konsultacja telemedyczna powinna zapewniać odpowiednią jakość i być prowadzona zgodnie obowiązującymi zasadami etyki lekarskiej, a w szczególności, jak podkreśliło Prezydium NRL, „z zachowaniem tajemnicy lekarskiej oraz zgodności z sumieniem lekarza, z dokładnym poinformowaniem pacjenta o ewentualnych ograniczeniach konkretnej metody telemedycznej oraz o możliwości wyboru przez pacjenta bezpośredniego kontaktu z lekarzem, na każdym etapie udzielania takiego świadczenia telemedycznego”. ■

SKRINING

W NIL o nowej chorobie

Elektroniczne papierosy początkowo zawierały nikotynę, ale z czasem za ich pośrednictwem zaczęto dostarczać do organizmu także substancje psychoaktywne w postaci dopalaczy i narkotyków. Zwracali na to uwagę eksperci w trakcie debaty, która 23 stycznia odbyła się pod hasłem „Nikotynizm a zdrowie – nowe wyzwania dla zdrowia publicznego” w siedzibie NIL. Otworzył ją prezes NRL Andrzej Matyja. W sierpniu 2019 r. w USA odnotowano pierwszy przypadek ciężkiej choroby układu oddechowego, wywołanej paleniem e-papierosów. Amerykańskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób określiło ją mianem EVALI.

W listopadzie 2019 r. nadano jej kod J68.9 w międzynarodowej klasyfikacji ICD-10. – EVALI to ostre uszkodzenie płuc, związane z inhalowaniem związków chemicznych, powstających na skutek podgrzewania w e-papierosach płynów, które zawierają kanabinoidy i inne, często nieznane substancje – powiedział prof. Piotr Kuna. Na to, że po podgrzaniu liquid, tj. płyn stosowany w elektronicznych papierosach, znacząco zmienia swoje właściwości, zwracał uwagę prof. Paweł Górski. Jak powiedział GIS Jarosław Pinkas, w styczniu w Polsce pojawiły się kolejne przypadki uszkodzenia płuc w wyniku palenia elektronicznych papierosów. Niedawno GIS wprowadził obowiązkowy monitoring powikłań po ich stosowaniu (szpitale zostały zobowiązane do zgłaszania przypadków uszkodzenia płuc wynikających z palenia e-papierosów). Z ankiet przeprowadzonych przez NIZP-PZH wynika, że ponad połowa młodych ludzi przyznaje się do korzystania z e-papierosów przynajmniej raz w tygodniu. Na zlecenie ministra zdrowia prowadzone są badania na ten temat wśród osób w wieku 15–18 lat. – Wstępne wyniki są dramatyczne – powiedział dr Grzegorz Juszczak. ■



gazetalekarska.pl

Obowiązki pacjenta

Prezydium NRL pozytywnie ocenia ideę dokonania rewizji przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta po ponad 10 latach jej obowiązywania. Zdaniem Prezydium NRL ważne wydaje się m.in. wyraźne nałożenie na pacjenta obowiązku przekazywania personelowi medycznemu pełnych informacji dotyczących stanu zdrowia i okoliczności mających na niego wpływ (np. o zażywanych lekach lub innych środkach mogących mieć wpływ na ten stan), a także zakaz

ich zatajania czy podawania nieprawdziwych informacji. Z zadowoleniem przyjęto fakt, że w wielu środowiskach widać coraz większe zrozumienie dla współodpowiedzialności pacjenta za proces leczenia. „Biorąc pod uwagę dążenie do promowania medycyny partnerskiej, w której pacjent i lekarz w równym stopniu odpowiadają za bezpieczeństwo procesu leczniczego, celowa byłaby zmiana nazwy ustawy na ustawę o prawach i obowiązkach pacjenta” – czytamy w stanowisku podjętym 14 lutego. ■

Posiedzenie NRL

Głównym specjalnym pierwszym posiedzenia NRL w tym roku, które odbyło się 31 stycznia w siedzibie NIL w Warszawie, był dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi prof. Mariusz Klencki. Wraz z przewodniczącym Komisji Kształcenia Medycznego NRL prof. Januszem Kłoczko omówili wyniki PES. Profesorowie

zwracali uwagę na bardzo niską zdawalność PES w niektórych specjalizacjach. W czasie posiedzenia NRL podjęta kilka stanowisk, w tym m.in. w sprawie nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Więcej na str. 38-46. ■

Pseudoterapie

Rekomendujemy zachowanie szczególnej ostrożności i zdrowego rozsądku w korzystaniu z dostępnych w internecie informacji, często przekłamanych lub nieprawdziwych, przez co mogących w efekcie spowodować poważny uszczerbek na zdrowiu – to fragment wspólnego oświadczenia Głównego Inspektora Sanitarnego Jarosława Pinkasa i prezesa NRL Andrzeja Matyi opublikowanego 14 lutego w związku z publikacjami na fanpage'u „Ukryte terapie – Jerzy Zięba” na Facebooku. Jak podkreślono, podane tam informacje nie są poparte badaniami naukowymi i uznana wiedza medyczna, a w związku zagrożeniem ze strony nowego koronawirusa mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi. W wydanym oświadczeniu GIS i prezes NRL odradzają eksperymentowanie z pseudoporadami lub pseudoterapiami, zachęcając zapoznanie się z informacjami zamieszczanymi i aktualizowanymi na bieżąco na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego www.gis.gov.pl. Więcej na www.gazetalekarska.pl. ■

LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE

W czasach gruźlicy, jaglicy i kas chorych

Jest rok 1934. Od powołania samorządu lekarskiego w wolnej Polsce [na mocy ustawy z dnia 1921 r.] minęło 13 lat. Mimo że dla lekarzy było to wydarzenie epokowe, dostrzeżono pilną potrzebę zmian w strukturach samorządowych.

Te zmiany były podyktowane nie tylko trudną sytuacją bytową, w jakiej znajdowali się polscy lekarze, ale też złą sytuacją zdrowotną społeczeństwa, odziedziczoną po zaborach.

Szalały gruźlica, jaglica, dur brzuszny, ospa, cholera, choroby weneryczne. Na dodatek rząd powołał instytucję kas chorych, które narzucały lekarzom niekorzystny dla nich system zatrudniania i wynagradzania, a wszystkiemu towarzyszył głęboki kryzys gospodarczy.

CZARNO NA BIAŁYM

Zmiany organizacyjne w samorządzie lekarzy przyniosła ustawa z 1934 r. o izbach lekarskich, która wprowadziła jednolitą strukturę okręgowych izb opartych o podział administracyjny państwa na województwa, przy czym – tak jak poprzednio – izba okręgowa mogła obejmować obszar jednego lub kilku województw. Jednak ta ustawa, w przeciwieństwie do poprzedniej z 1921 r., precyzowała zadania samorządu lekarskiego.

W zakresie działania izb, co opisuje dr Piotr Kordel w swojej rozprawie pt. „Geneza, struktura i funkcjonowanie samorządu lekarskiego w Polsce

w latach 1989-2009”, było współdziałanie z władzami rządowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego, nadzór nad praktyką lekarską, krzewienie i strzeżenie etyki, godności i sumienności zawodowej, przedstawicielstwo zawodu lekarskiego i obrona jego interesów, piecza nad stanem materialnym członków izby, a w szczególności zakładanie (za zgodą władz) i prowadzenie instytucji ubezpieczeniowych oraz świadczenie pomocy dla członków izb lekarskich i ich rodzin, a także popieranie instytucji naukowych oraz instytucji społecznych z uwzględnieniem sądownictwa dyscyplinarnego i sądownictwa polubownego.

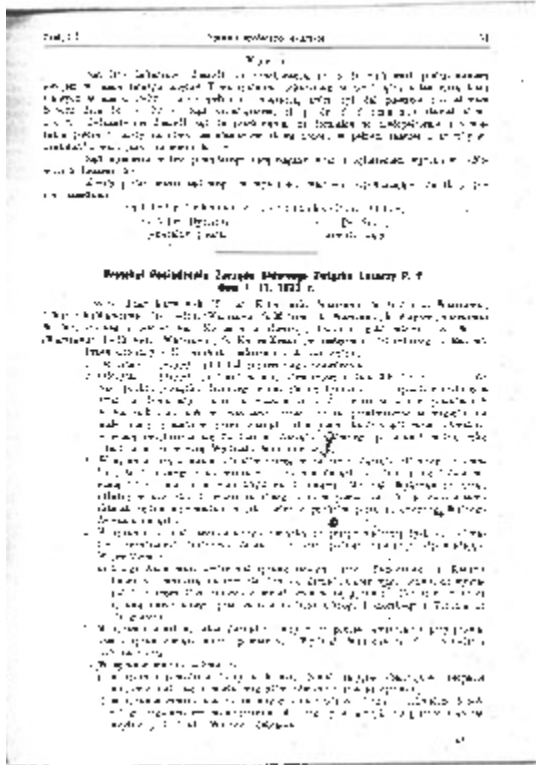
Nowa ustawa uściśliła też zasady wpisu na listę członków izby i zmieniała liczebność organów izb oraz wydłużała ich kadencję do 5 lat. Radę izby stanowiło co najmniej 30 członków (uprzednio 20), zarząd miał liczyć od 6 do 12 członków (uprzednio od 5 do 9), a sąd izby od 12 do 18 członków (uprzednio od 12 do 24). Zmieniło się też nazewnictwo. Naczelnika izby mianowano jej prezesem, który razem z sekretarzem (dawniej pisarzem) i skarbnikiem wybierani byli spośród członków zarządu na 3 lata. Można dostrzec wiele podobieństw

do obecnej struktury samorządu lekarskiego, propagowanych idei i zakresu działań, co pokazuje, jak bardzo historia przenika się ze współczesnością. Ustawa z 1934 r., regulująca funkcjonowanie samorządu lekarskiego w tamtych czasach, stała się podstawą dla tworzenia nowego prawa w tym zakresie.

KONTROWERSYJNE KASY CHORYCH

Odpowiedzią na dramatyczną sytuację zdrowotną Polaków miało być powołanie przez rząd kas chorych, czyli instytucji zapewniającej leczenie osobom niezamożnym, utrzymującym się z pracy najemnej. Jak pisze Zygmunt Wiśniewski w książce pt. „Lekarze i Izby Lekarskie w Drugiej Rzeczypospolitej”, kasy chorych od początku wzbudzały kontrowersje.

Niezadowoleni byli zarówno pracownicy, którym odprowadzano 2 proc. zarobków na leczenie, jak i pracodawcy, którzy na początku płacili na ten cel składkę w wysokości 3 proc., a później – 6,5 proc., a także lekarze, którzy za porady lekarskie w ambulatoriach i gabinetach kas chorych otrzymywali zaledwie 10-13 proc. tego, co inkasowały same kasy. Biorąc pod uwagę



Dramatyczna sytuacja bytowa lekarzy i konflikt Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej z kasami chorych odbiły się szerokim echem w środowisku lekarskim. W 1923 r. w grudniowym numerze „Nowin Lekarskich”, jednym z najstarszych czasopism naukowych o tematyce medycznej w Polsce, ukazały się publikacje na ten temat. Jedną z nich – protokół z posiedzenia ZG Związku Lekarzy Państwa Polskiego, które odbyło się 1 listopada 1923 r. – punkt po punkcie dokumentuje przebieg tamtejszych wydarzeń. To na tym właśnie posiedzeniu zdecydowano o buncie, na czele którego stanął prof. Adam Karwowski, wybitny dermatolog i wenerolog z Poznania.

“

W Polsce w 1921 r. praktykowało blisko 5600 lekarzy, najwięcej w Warszawie – 1330, w innych województwach centralnych – 1290, w województwach południowych – 1360, zachodnich – 863 i wschodnich – 707. Stopniowo liczba lekarzy wzrastała i przed II wojną światową wynosiła już 12 tys.

kryzys gospodarczy, szalejącą inflację i wielotygodniowe opóźnienia w wypłatach, wynagrodzenie w rzeczywistości było o 50 proc. niższe niż zakładano. Wynosiło marne grosze.

Niezadowolenie w środowisku narastało. W 1923 r. lekarze z woj. poznańskiego i pomorskiego odmówili podpisania umów z kasami chorych. Bunt był kierowany przez Związek Lekarzy Państwa Polskiego, a na jego czele stanął prof. Adam Karwowski, wybitny dermatolog i wenerolog z Poznania, który wielokrotnie przestrzegał przed niszczycielską polityką kas.

– Poprzez niskie honoraria kasy chorych prowadzą politykę uzależnienia od siebie lekarzy, ograniczając dostęp do zawodu, redukując ich status do roli podległego im urzędnika – powiedział na jednym z zebrzań ZLPP. Uważał za uwłaczające zmuszanie lekarzy do zabiegania o względy urzędników kas chorych w obawie przed utratą posad i kontraktów.

MY I ONI

I tak, praktycznie do wybuchu II wojny światowej toczyła się nierówna walka z kasami chorych, które dyktowały warunki na rynku usług medycznych. W środowisku doszło do rozłamu, który był spowodowany podziałem na lekarzy wiernych zasadom Związku Lekarzy Państwa Polskiego i izb lekarskich (stanowili oni około 30 proc.) oraz lekarzy kas chorych, którzy przyjmowali posady w placówkach należących do tej instytucji wbrew zaleceniom ZLPP (stanowili większość).

Lekarze kas chorych – jak ich wówczas nazywano – byli stawiani przed sądami izb lekarskich, które karały ich naganami i grzywnami. Kiedy problem urósł do absurdalnych rozmiarów, zainterweniował Najwyższy Trybunał Administracyjny, uchylając wszystkie wyroki sądów lekarskich. To była porażka dla samorządu, który nie tylko walczył z polityką kas chorych, dotyczącą zatrudniania lekarzy na niekorzystnych dla nich warunkach pracy i płacy, ale też o własny wizerunek.

WYTYCZNE KOŚCIĄ NIEZGODY

Aby odzyskać utracony prestiż, w 1933 r. kierownictwo NIL i jej ówczesny prezes Witold Chodźko podpisali rządowy dokument „Wytyczne do umów z lekarzami w kasach chorych”, który, jak się później niestety okazało, stał się kością niezgody pomiędzy NIL a okręgowymi izbami lekarskimi. Szczególnie Krakowska Izba Lekarska uważała, że podpisanie „Wytycznych” było błędem, gdyż umowy stawiały lekarzy kas chorych w pozycji uprzywilejowanej w stosunku do lekarzy naczelnych i izb lekarskich. Dlaczego? Bo była tak skonstruowana, że dawała kasom chorych możliwość manipulowania zatrudnianiem i wysokością wynagrodzeń lekarzy. Zawierała postanowienia prawne i porządkowe, regulujące status lekarzy kas chorych, promowała strukturę hierarchiczną i decyzyjną, uprawniała lekarzy funkcyjnych oraz szczegółowy regulamin pracy i ich zatrudniania. Jak się później okazało, w praktyce wprowadzała zapisy, które można było rozumieć i interpretować swobodnie przez strony porozumienia.

Podpisanie „Wytycznych” miało umocnić pozycję samorządu lekarskiego jako organu reprezentującego interesy wykonujących ten zawód i poprawić nadszarpnięty wizerunek, tymczasem wywołało niekończące się spory nie tylko z kasami chorych, ale też między samorządowcami, które trwały do samej II wojny światowej, mimo że z czasem kasy chorych zastąpiły ubezpieczalniami społecznymi i wydawałoby się, że problem rozwiązał się sam. Cała ta sytuacja pokazała też, jak poglądy i interesy okręgowych izb lekarskich mogą różnić się od polityki prowadzonej przez NIL. Dziś, z perspektywy czasu widać, że emocje towarzyszące podpisaniu „Wytycznych” miały swoje drugie dno, dając upust niezadowoleniu i frustracjom środowiska lekarskiego z powodu pogarszających się warunków materialnych. ■

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Ad vocem

Do napisania tego artykułu sprowokował mnie ostatni akapit felietonu wiceprezesa NRL Krzysztofa Madeja [12/2019-01/2020 „GL”] zacytuję „chętnie zacząłbym od sporządzenia listy tego, czego nam się nie udało”.

TEKST DR HAB. N MED. **HALINA EY-CHMIELEWSKA**,
BYŁY ADIUNKT DS. DYDAKTYKI PRZEDKLINICZNEJ
I KLINICZNEJ (OBECNIE STARSZY WYKŁADOWCA
TJ. ADIUNKT DYDAKTYCZNY) KATEDRA I ZAKŁAD
PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ,
POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W SZCZECINIE

O bchodzimy 30-lecie odrodzonego samorządu lekarskiego. Może rzeczywiście jest czas na dokonanie podsumowań i zastanowienie się, co przyniosły nam te lata?

W pracach Naczelnej Rady Lekarskiej uczestniczyłam od 1990 r. – najpierw jako delegat-obszernik, a później, od 1997 r. do 2005 r., jako członek NRL. W mojej, może subiektywnej ocenie, lata 1989-2005 to ogrom pracy kolegów R. Łopucha, A. Fortuny, Z. Żaka, A. Baszkowskiego, M. Kaczmarskiej, W. Grabe, J. Świąćckiego i innych, którzy brali czynny udział w spotkaniach organizowanych przez lekarzy dentyistów skupionych w NRL.

PLAN NA PRZYSZŁOŚĆ

Były burzliwe i wielogodzinne dyskusje lekarzy dentyistów w czasie obrad NRL, ale również w utworzonej – dzięki staraniom kol. A. Fortuny – Komisji Stomatologicznej NRL. Były spotkania organizowane przez komisje stomatologiczne okręgowych rad lekarskich w Szczecinie, Krakowie, Gdańsku, Białymstoku, Lublinie, Poznaniu, Wrocławiu i Wałbrzychu. Przyglądaliśmy się działalności i funkcjonowaniu samorządów dentyistów w Niemczech oraz w Austrii i Słowacji. Czego oczekiwałam

jako lekarz dentyista i uczestnik tych wszystkich dyskusji?

1. Powołania w Ministerstwie Zdrowia departamentu ds. dentyistyki z podsekretarzem stanu. To minister ds. dentyistyki i w porozumieniu z samorządem zawodowym miał określać zasady funkcjonowania dentyistyki w Polsce.

2. Realizacja opieki stomatologicznej miała odbywać się przez kontrakty stomatologiczne podstawowe i specjalistyczne. Należy wspomnieć, że lekarze dentyiści od 1989 r., w odróżnieniu od lekarzy medycyny, mogli już funkcjonować w trzech formach zatrudnienia: pracować w publicznym sektorze, tylko prywatnie lub w obu sektorach. Kontrakty miały być podpisywane imiennie. Do kontraktów mieli wejść wszyscy, którzy chcieli. Zgodnie z zasadą, że to pacjent wybiera, gdzie i u kogo będzie się leczył przez najbliższe 5 lat. Kasa miała zwracać pacjentowi poniesione koszty, w wysokości określonej dla procedur podstawowych i specjalistycznych. W wycenie świadczeń płatnik miał posługiwać się katalogiem wartościowania pracy lekarza. Katalog ten został opracowany przez zespół pod kierownictwem kol. W. Grabe, a zatwierdzony przez zjazd delegatów izb lekarskich w 1993 r. Rodzaj świadczeń i sposób ich realizowania ustalali konsultanci krajowi z dziedzin stomatologicznych w porozumieniu z kierownikami wojewódzkich przychodni stomatologicznych oraz członkami samorządu lekarskiego w 1993 r. na spotkaniu w Małej Wsi.

3. W kontraktach podstawowych pacjent miał być przypisany do gabinetu i miał obowiązywać przeglądy (zmiana

lekarza dentyisty po okresie min. 1 roku).

4. Każdy obywatel, któremu przysługuje ubezpieczenie, miał mieć możliwość wykorzystania swoich środków na dowolne procedury w postaci leczenia endodontycznego lub chirurgicznego, jak również na leczenie protetyczne specjalistyczne w praktykach specjalistycznych mających umowę z kasą chorych (po zatwierdzeniu planu leczenia przez kasę). Kasa miała zwracać koszt leczenia do określonej sumy, resztę pokrywa pacjent ze środków własnych.

5. Umożliwienie, w praktykach specjalistycznych w kontrakcie protetycznym, wykonania protez dziecięcych oraz obturatorów bez konieczności podpisywania oddzielnego kontraktu.

6. W gabinetach bez specjalizacji w ramach kontraktu podstawowego możliwość wykonania tylko protez częściowych ruchomych osiadających.

7. W gabinetach szkolnych, oprócz lekarzy dentyistów, miały być higienistki stomatologiczne, a także wydzielone kontrakty na opiekę stomatologiczną dla dzieci w szkołach.

8. Praktyka realizowana jako indywidualna lub specjalistyczna jednoosobowa lub grupowa. W przypadku młodych lekarzy – spółka partnerska. I tylko w jednym miejscu. Po przepracowaniu wspólnie 5 lat lekarz może pracować samodzielnie lub wchodzi do praktyki grupowej z lekarzem, u którego pracuje.

9. Samorząd lekarski z samorządem terytorialnym miał określać zapotrzebowanie na ilość praktyk oraz negocjować preferencje dla chętnych. Tak jak było np. w Niemczech i Austrii. Praca realizowana jako jedna praktyka w jednym miejscu.

W przypadku otwierania praktyk w miejscowościach o dużym zapotrzebowaniu, możliwość zwolnienia z podatków na rok lub 2 lata działalności. W komisji praktyki i prywatyzacji NRL I kadencji za czasów kol. J. Świąckiego odbyły się rozmowy z bankami na temat kredytów dla lekarzy dentystów.

10. Konieczność powołania systemu pogotowia stomatologicznego.

11. Profilaktyka realizowana poprzez programy prozdrowotne w porozumieniu z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym.

12. Lecznictwo stomatologiczne – otwarte i zamknięte.

13. Szkolenie w stomatologii – utworzenie na uczelniach medycznych wydziałów lekarsko-stomatologicznych (jeszcze wtedy nie zabrano nam tytułu lekarza stomatologa i nie zmieniono na lekarza dentystę).

14. Szkolenie specjalistyczne – określenie ilości lekarzy specjalistów.

15. System szkoleń ustawicznych – podobny jak w izbach niemieckich. Liczba i rodzaj kursów określone przez komisje kształcenia NRL, realizowane w porozumieniu z ośrodkiem CMKP jako kursy certyfikowane obowiązkowe, opłacane ze środków własnych praktyk jako koszty praktyki.

16. Rozważna była konieczność utworzenia autonomii. Nie oddzielnej izby dentystycznej, ale zasady „kiedy razem, wtedy razem, a kiedy oddzielnie, to oddzielnie i nie podejmujemy za innych decyzji”. Tak, abyśmy my, lekarze stomatolodzy, którzy w tym odrodzonym samorządzie stanowili mniejszość, mieli swoją reprezentację. I to ona miała decydować w naszych sprawach. Nie chcieliśmy rozdzielać samorządu, ale chcieliśmy mieć prawo do samostanowienia.

RZECZYWISTOŚĆ

Plany były wspaniałe. Niestety, wszyscy wnosili poprawki. I wyszło, jak zwykle.

Ad 1. Nadal w Ministerstwie Zdrowia nie ma departamentu ds. dentystyki. O naszych sprawach decydują lekarze medycyny i urzędnicy. Konsultacje polegają na podaniu do wiadomości decyzji Pana Ministra.

Ad 2-6. Kontrakty – nic, co było przedstawiane w planach, nie zostało zrealizowane. Do kontraktów stomatologicznych, w pierwszym etapie, zgodnie z decyzją Ministerstwa Zdrowia, weszły tylko podmioty publiczne (czyli 1/3 lekarzy dentystów). Część z nich wcześniej dofinansowano z unijnego programu Phare, a w końcu

1999 r. sprywatyzowano poprzez likwidację struktur w jednostkach ZOZ. Resztę publicznych podmiotów sprywatyzowano do 2004 r. Dokonano tego na zasadzie likwidacji jednostki przekształconej w samodzielną strukturę. Jednocześnie uwłaszczono z pierwszeństwem wykupu sprzętu po preferencyjnych cenach przez lekarzy pracujących w tych jednostkach. Również lekarze ci mieli pierwszeństwo podpisania umowy dzierżawy lub wykupu pomieszczeń po zlikwidowanej jednostce. W ten sposób zlikwidowano miejskie i wojewódzkie przychodnie stomatologiczne. O ile mnie pamięć nie myli, pozostały dwie w Polsce – w Krakowie i w Toruniu. W 2004 r., kiedy stomatologia publiczna została już całkowicie sprywatyzowana, dopuszczono do konkursu ofert wszystkie podmioty, również te, które będąc prywatnymi, nie mogły wejść do systemu w pierwszym kontraktowaniu.

Kasy Chorych, a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia, to jedyny zamawiający i jedyny płatnik. Albo zgadzamy się na warunki kontraktu, albo nie wchodzimy do systemu. Procedury kontraktów są takie, jak te realizowane przez podmioty publiczne przed wprowadzeniem reformy. Od 2004 r. nie zmieniła się wycena punktu. Średnio od 1,1 do 1,25 groszy za punkt, czyli np. koszt badania stomatologicznego w ramach NFZ u dorosłego pacjenta to niewiele ponad 11 zł. Dla dzieci jest więcej, bo ponad 17 zł. Kontrakty realizowane są na zasadzie świadczeń rezultatu, czyli zakończonej procedury. NFZ nie płaci za procedury niedokończone, również za wizyty korekty protez. Pacjent ma dowolność wyboru lekarza dentysty, który realizuje umowę z NFZ. Lekarz dentysta może wykonać tylko tyle procedur, ile zakontraktuje NFZ. Jak wykona za dużo, to NFZ nie zapłaci, jeśli za mało, to NFZ zabiera punkty. Pacjent nie ma możliwości wykorzystania środków na inne zabiegi stomatologiczne poza tymi, które są opisane w rozporządzeniu MZ.

Od 2014 r. wszystkie podmioty realizujące umowy z NFZ w kontraktach podstawowych realizują świadczenia przypisane kontraktom specjalistycznym w dziedzinie protetyki. Zgodnie z zasadą, co lekarz dentysta to specjalista.

Gabinety stomatologiczne w szkołach funkcjonowały w pierwszym etapie kontraktacji, następnie były likwidowane. W okrojonym wymiarze przetrwały do 2004 r. Lekarze dentyści rozwiązyali umowy na dzierżawę pomieszczeń w szkołach, gdyż koszty utrzymania praktyki nie bilansowały się z zyskami. Sprzęt skasowano lub sprzedano użytkownikowi po cenie złomu. Świadczenia dla dzieci realizowane są przez inne podmioty stomatologiczne, realizujące umowy z NFZ na zasadzie pomocy doraźnej.

Ad 7. W szkołach nie prowadzi się planowej higienizacji ani profilaktyki stomatologicznej, nie ma higienistek stomatologicznych. W kilku ośrodkach, jak Wałbrzych czy Wrocław, od kilku lat realizowane są pilotażowe programy przygotowane przez samorządy terytorialne w porozumieniu z izbami lekarskimi lub uczelniami medycznymi. Również w wielu miastach samorządy prowadzą różnego rodzaju programy z myślą o opiece nad dziećmi i młodzieżą, ale nie jest to działalność systemowa. Próchnica dotyczy ponad 90 proc. dzieci w wieku szkolnym. Poprawić tę sytuację mają zakupione przez MZ dentobusy.

Ad 8 i 9. Nie ma żadnej kontroli nad ilością praktyk stomatologicznych na danym terenie. Można też zarejestrować więcej niż jedną praktykę. Natomiast tworząc NZOS i rejestrując go u wojewody, można zatrudniać lekarzy dentyistów. Brak kontroli nad ilością praktyk prowadzi do monopolizacji usług. Również nazewnictwo praktyk jest dowolne – mamy np. kliniki (ortodontyczne, implantologiczne, protetyczne), w których pracują lekarze dentyści z doktoratami, ale bez specjalizacji zawodowej. Nagminny jest brak na tablicach informacyjnych praktyk nazwisk i imion oraz tytułów zawodowych pracujących w nich lekarzy dentyistów.

Ad 10. Kontrakty procedury pomocy doraźnej są realizowane, ale ich wycena jest różna w każdym oddziale NFZ.

Ad 11. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, do którego przynależność jest dobrowolna, realizuje różne programy profilaktyczne, jednak ze względu na małą liczebność członków ich zasięg jest ograniczony.

Ad 12. Leczenie stomatologiczne zamknięte realizowane jest tak, jak było przed reformą, poprzez jednostki

publiczne funkcjonujące jako oddziały szpitalne.

Ad 13. Ministerstwo Zdrowia i samorząd lekarski nie prowadzą żadnych badań ani nie monitorują wymiany pokoleniowej. Tym samym brak jest jasnych kryteriów określających ilość przyjęć na studia. Dodatkowo ustawa o szkolnictwie wyższym wprowadziła ogromne zamieszanie, z powodu połączenia medycyny i stomatologii w jedną dyscyplinę (nauki medyczne).

Ustawa kładzie nacisk na podniesienie rangi uczelni jako jednostki badawczej. Uczelnia, która jest zakwalifikowana do kategorii A+ lub A, to taka, której pracownicy publikują w czasopiśmie recenzowanych oraz mają wysoki wskaźnik cytowań. Spadek do kategorii B lub C zamyka drogę do habilitacji. Niestety, w ocenie niektórych rektorów, katedry i zakłady zajmujące się nauczaniem zawodu lekarza dentyisty, ze względu na słabe wyniki naukowe swoich pracowników skupionych z konieczności na dydaktyce, mogą obniżyć rangę uczelni. Likwidacja samodzielnych wydziałów ma temu zapobiegać. W nowej strukturze uczelni wg nowej ustawy nie jest to takie jednoznaczne. Wydziały spełniają funkcje dydaktyczne, a Rady Domeny zajmują się częścią badawczą. Niestety nie jest to zrozumiałe dla niektórych władz uczelni. Zaniepokojenie budzi fakt o podejmowaniu decyzji likwidacji istniejących wydziałów lekarsko-dentyistycznych. To spowoduje, że wrócimy do systemu szkolenia lekarzy dentyistów w oddziałach na wydziałach lekarskich, tak jak w latach 40. i 50. XX w. Ze szkoda dla procesu dydaktycznego.

Ad 14 i 15. Mimo że istnieją specjalizacje w stomatologii, nikt tego nie respektuje. Zgodnie z zasadą, zawartą w nowej ustawie o Szkolnictwie Wyższym, każdy lekarz dentyista kończący studia jest specjalistą. Konsultanci krajowi z poszczególnych dziedzin stomatologicznych nie określili koszyka procedur przypisanych ich specjalizacji. Nie ma również zainteresowania ze strony lekarzy dentyistów szkoleniem specjalizacyjnym. Od 1989 r. każdy może szkolić. Izby wydają wszystkim zgłaszającym się podmiotom zgodę i punkty edukacyjne. Nikt tych punktów edukacyjnych nie weryfikuje. Jest dowolność interpretacji definicji



Plany były wspaniałe. Niestety, wszyscy wnosili poprawki. I wyszło, jak zwykle.

certyfikatu czy zaświadczenia o posiadaniu lub uzyskaniu określonej umiejętności. Certyfikaty wydają komitety naukowe konferencji i spotkań szkoleniowych swoim uczestnikom. Na zasadzie: zapłacić i przyjechać na konferencję, dostaje certyfikat.

Poza tym każdy lekarz dentyista w swoim gabinecie prywatnym może robić wszystko, więc po co robić specjalizację, jeżeli nie przekłada się to na relatywnie wyższy koszt procedury realizowanej w ramach NFZ. Ponadto Ministerstwo Zdrowia nie ma rezydentur dla lekarzy dentyistów i miejsc do szkolenia. Likwidacja publicznych przychodni i prywatyzacja sektora spowodowała, że liczba jednostek spełniających normy akredytacji jest bardzo ograniczona. Co więcej, lekarze dentyści po skończeniu studiów i odbyciu stażu podyplomowego, w odróżnieniu od lekarzy medycyny, rozpoczynają pracę na własny rachunek. Posiadanie udokumentowanych określonych umiejętności, jak też certyfikatów, ma niewielki wpływ na umowy z płatnikiem NFZ. Pacjentem jest obojętnie, ważne, żeby było tanio.

Ad 16. Autonomia. W latach 2000-2005 utworzono w NRL pod kierownictwem śp. kol. Zbyszka Żaka, jako wiceprezesa NRL, zespół ds. autonomii lekarzy dentyistów. Opracowane w porozumieniu z prawnikami NRL założenia autonomii dla lekarzy dentyistów zostały przedstawione na jednym z posiedzeń NRL i mimo obietnic Prezydium NRL, że będą przyjęte przez aklamację, zostały poddane przez ówczesnego sekretarza Prezydium pod głosowanie. W głosowaniu zostały w całości odrzucone. Większość przegłosowała mniejszość. I tak jest do tej pory. Przykładów takich działań jest wiele.

Odeszli na zawsze: A. Fortuna, Z. Żak, M. Kaczmarek i inni tworzący podwaliny naszej działalności. Parafrazując tekst „Marzenia, jak ptaki, szczytują wysoko po niebie, jak nie pada. Jak pada, to nie szczytują”. Mamy to, co mamy. Życie zweryfikowało marzenia. ■

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Jubileuszowe refleksje

— źródła optymizmu i wyzwania na przyszłość

Rok 2019 r. był rokiem dla nas szczególnym, bowiem przed 30 laty odrodziła się samorządność lekarska. Jesienią 1989 r. odbyły się pierwsze okręgowe zjazdy lekarskie, a grudzień tego roku to czas I Krajowego Zjazdu Lekarzy.

TEKST JACEK KOZAKIEWICZ, WICEPREZES NRL

Pierwsze dni czy miesiące nowo wybranych władz to intensywne działania – wówczas nikt nie liczył poświęconego czasu, poniesionych kosztów, ważne było bowiem coś więcej. A dysponowaliśmy nie tylko bardzo skromnym zapleczem administracyjnym czy wyposażeniem biurowym. Projekty regulaminów czy protokołów spotkań to często żmudna praca odręczna, przepisywana po niezbędnych poprawkach na wystużonych maszynach do pisania. Opowieści na ten temat często budzą uśmiech u najmłodszych z nas.

W tym samym czasie, kiedy tworzyliśmy podstawy samorządowe, wielu zajmowało się przede wszystkim niemałymi możliwościami szybkiego wzbogacenia się. Wspomnę tylko o gigantycznych zyskach z taniego „importowanego” spirytusu, przemykania papierosów, sprowadzania i handlu „luksusowymi” autami, często po wielokrotnych stłuczkach czy z przebiegiem liczoną w setkach tysięcy kilometrów, a odnowionymi czasem w sposób trudny do identyfikacji. Pojawiły się szanse dla przedsiębiorczych, także w ochronie zdrowia, mających dostęp do pieniędzy

lub do kredytów, o pozyskanie których, zwłaszcza dla „wybrańców”, było nadzwyczaj łatwo. Kredytów nie zawsze spłacanych, za cichą aprobatą niektórych banków (tzw. kredyty nietrafione). Jeszcze inni wykorzystywali zasoby informacji, niedostępnych dla zwykłych zjadaczy chleba. Oni mogli nieraz za bezcen nabywać różnego rodzaju majątek narodowy czy społeczny.

Ale z reguły takie są zazwyczaj okoliczności towarzyszące nadzwyczajnym czasom. Zyski i straty, spryt i nieporadność, porażki ambitnych i zwycięstwa ryzykantów. Oczywiście większość z nas zadawała się pozyskaniem w wielu obszarach życia społecznego tego, co naszym rodzicom wydawało się nierealne.

Przypominam te pierwsze lata odzyskanej wolności, by pokłonić się tym wszystkim, którzy jednak nie szczędzili czasu i wysiłku dla nauki i rozwoju samorządności, zarówno zawodowej, jak i terytorialnej.

Zadania postawione przed pierwszymi okręgowymi radami lekarskimi po odrodzeniu się samorządu lekarskiego były ogromne. Wspominaliśmy w trakcie wielu jubileuszowych spotkań to, co nas absorbowało, nasze starania o dobre warunki do leczenia

i bezpieczeństwo pacjentów, a także nieustanne wysiłki na rzecz środowiska i poprawy warunków pracy i płacy dla lekarzy i lekarzy dentystów.

Przypominaliśmy, że nasz głos często był pomijany czy niesłyszalny, wbrew składanym deklaracjom i obietnicom, głównie przed wyborami, zwłaszcza parlamentarnymi czy samorządowymi.

Warto jednak w tym czasie przypomnieć niektóre wydarzenia, wskazujące, że są jednak powody do niemałej satysfakcji i optymizmu.

1. Uchwalenie Kodeksu Etyki Lekarskiej podczas Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w Bielsku-Białej w 1991 r.

Pamiętam dobrze atmosferę tego spotkania, byłem jednym z wiceprzewodniczących Zjazdu, wspomagając w prowadzeniu obrad kol. Jana Ciećkiewicza z Krakowa. Nasze obrady były przedmiotem zainteresowania wielu środowisk i mediów. Byliśmy niemalże w centrum ówczesnych wydarzeń w Polsce. Były momenty niezwykle trudne, czasem niektórzy mieli wrażenie prowokacji. Prowadzenie w tych warunkach dyskusji nie było łatwe, zwłaszcza przy niektórych kodeksowych zapisach. Przeważała na szczęście zbiorowa mądrość i zdolność do racjonalnego kompromisu w sytuacjach, kiedy realna



Nasze obrady były przedmiotem zainteresowania wielu środowisk i mediów. Byliśmy niemalże w centrum ówczesnych wydarzeń w Polsce.

była groźba zerwania Zjazdu i rozjechania się z niczym.

Uchwalana w dniu 7 stycznia 1993 r. ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oparta została na naszych zapisach.

Zatem stało się to, czego dziś oczekujemy i o co usilnie zabiegamy. Nasz głos wyprzedził przyjęcie ustawowego rozwiązania.

2. Obrona samorządności zawodowej poprzez zachowanie zasady obowiązkowej przynależności lekarzy i lekarzy dentystów.

Zapomnieliśmy już o tym (na szczęście), że pod koniec V kadencji, przy wsparciu także niektórych środowisk lekarskich, ówczesny Rzecznik Praw Obywatelskich śp. Janusz Kochanowski złożył wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie, czy obowiązkowa przynależność do samorządu lekarskiego jest zgodna z konstytucją. Odejście od tej zasady oznaczałoby praktyczny koniec samorządu. Wówczas wielu z nas, także z grona tych, którzy z niełatwym trudem budowali odrodzony samorząd, zebrało szyki, by zapobiec nieszczęściu.

To zagrożenie było także dla mnie ważnym argumentem w podjęciu decyzji o ubieganiu się o funkcję prezesa Śląskiej Izby Lekarskiej. Starłem się zdobyć dodatkową przychylność dla samorządu w środowisku lekarzy i lekarzy dentystów poprzez uczynienie samorządu bardziej rozpoznawalnym i pomocnym dla wszystkich grup wiekowych. To wówczas zaapelowałem do porównania samorządu do rodziny biologicznej i jej celów, proponując delegatom program oparty na trzech filarach: „Tak jak w rodzinie biologicznej trzeba wspierać najmłodszych, torować drogę dla najlepszych i nie zapominać

o najstarszych, zwłaszcza naszych Mistrzów i Nauczycieli”.

Dzisiaj na szczęście podobnych jak przed ponad 10 laty dyskusji nie odnotowujemy, ale pamiętajmy, że z samorządnością nie zawsze niektórym po drodze...

3. Klauzula sumienia.

Ostatni wiek pokazał dobitnie, jak w niektórych krajach można wykorzystywać lekarzy do realizacji celów niemających nic wspólnego z ochroną życia i dobrem chorego. Nie chodzi bynajmniej wyłącznie o zbrodnicze ideologie, ale też o ostatnie lata, lata narastającej niestety dehumanizacji zawodu, relatywizacji pojęć czy degradacji wartości, stanowiących podstawę ładu społecznego.

W tych krytycznych momentach szczególnie doceniamy znaczenie autonomii lekarza i klauzuli sumienia. Bezkompromisowość polskiego samorządu lekarskiego pozwoliła na obronę tego także ważnego uprawnienia poprzez wyrok Trybunału Konstytucyjnego.

4. Skuteczna obrona przed zmuszeniem nas do udziału w eutanazji i we wspomaganiu samobójstw.

Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, a największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego. W art. 31 Kodeksu zapisaliśmy, że lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.

Dzięki olbrzymim postępom medycyny, jak również przez ogólny rozwój społeczno-gospodarczy, długość życia kobiet i mężczyzn jest coraz większa. Wydłużenie życia nie przywraca nam jednak młodości, te dodatkowe lata to często lata naszych schorzeń wielonarządowych, wymagających stałego leczenia i monitorowania. Te „dodatkowe” lata to także duże wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia, instytucji ubezpieczeniowych, ale również dla rodzin i najbliższych.

Lepiej zarabiamy, mamy większe mieszkania i domy, ale jakże często nie ma w nich miejsca na umieranie czy cierpienie.

Czy zatem przypadkowo w ostatnich latach powrócił w wielu krajach rozwinęty temat eutanazji jako szczególne uprawnienie wolnego człowieka? Sam niejednokrotnie występując na konferencjach z udziałem środowisk pozamedycznych, broniąc naszych zapisów kodeksowych, byłem atakowany o „zaściankowość i zacofanie” polskich lekarzy, nie pozwalających wolnemu człowiekowi bez ograniczeń decydować o swoim życiu!

Z olbrzymim zadowoleniem zatem przyjęliśmy wiadomość z ostatniego posiedzenia Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, które obradowało we wrześniu 2019 r. w Tbilisi, z udziałem lekarzy z wielu kontynentów. Przy braku głosów przeciwnych przyjęto deklarację, w której zdecydowanie napisano, że nie ma miejsca dla lekarzy w eutanazji oraz we wspomaganiu prób samobójczych.

Czyli nie jesteśmy „zaściankowi i zacofani”. Cieszę się więc, że konsekwentnie broniłem naszych racji i naszych kodeksowych zapisów. Nie jest to dziś, bynajmniej, łatwe. Dziś - kiedy próbuje się oddzielać moralność od etyki, kiedy dochodzi do degradacji uznanych przez setki lat wartości, relatywizacji pojęć i dehumanizacji medycyny. Polscy lekarze i tym razem zdali ważny egzamin!

A JAKIE WYZWANIA I ZADANIA NA PRZYSZŁOŚĆ?

Musimy koncentrować się przede wszystkim na trzech fundamentalnych zadaniach.

1. Stałe udoskonalanie rejestru lekarzy i lekarzy dentystów.

To sprawa dość powszechnie w środowisku niedoceniana. Nie pamiętamy często o tym, by zgłosić w rejestrze wszelkie zmiany, nie tylko miejsca zatrudnienia, rodzaju wykonywanej własnej działalności, naszego rozwoju zawodowego, osiąganych stopni i tytułów naukowych.

A nie ma potrzeby nikogo przekonywać o roli i znaczeniu posiadania

pełnej informacji. Pamiętam, jak przed kilkoma laty pojawiła się propozycja wsparcia finansowego dla budowy nowego rejestru, przezornie nie skorzystaliśmy, bojąc się, że może to być początek drogi do jego przejęcia, a co za tym idzie, osłabienia roli samorządu.

2. Zwiększanie roli samorządu w kształceniu podyplomowym i specjalizacyjnym.

Chcąc przybliżyć miejsce szkoleń i kursów, także specjalizacyjnych, do miejsca pracy i zamieszkania naszych Koleżanek i Kolegów, okręgowe izby lekarskie zwiększają stopniowo ofertę w zakresie kształcenia podyplomowego. Ze szczególnie dobrym odbiorem spotkało się zaangażowanie izb lekarskich w realizację kształcenia specjalizacyjnego we współpracy z uczelniami medycznymi. Niestety realizowane to było najczęściej ze składek członkowskich, bowiem CMKP wyrażało niezbędną akceptację, wydatki pozostawiając jednak po stronie samorządu. Dopiero z chwilą ogłaszania przetargów na szkolenie sytuacja uległa poprawie, bowiem można sięgać po środki publiczne.

Ale przyszłość naszego samorządu należy, moim zdaniem, zagospodarować do stopniowego przejmowania przez izby lekarskie roli gospodarza kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego. Oczywiście, wykorzystując dobrą współpracę i merytoryczną pomoc uczelni medycznych.

Jeżeli jednym z najważniejszych ustawowych zadań samorządu jest sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza, a ustawiczne kształcenie jest nieodłącznie związane z wykonywaniem jakże odpowiedzialnego zawodu lekarza, to nie ma innej drogi.

Oczywiście ta „operacja” nie będzie łatwa, będzie na pewno wielu

„hamulcowych” po różnych stronach, ale najwyższy czas do rozpoczęcia konkretnych przygotowań i pozyskiwania sprzymierzeńców, także po stronie CMKP. Skoro oczekuje się od nas skutecznego sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu, to nie jest to w pełni możliwe bez stopniowego przejmowania uprawnień.

Nasze przekonanie w tym zakresie zostało po raz kolejny podkreślone w stanowisku nr 5/20/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 31 stycznia 2020 r., w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, w którym czytamy m.in.: „NRL proponowała przeniesienie kompetencji urzędów wojewódzkich w zakresie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów na izby lekarskie. Izby lekarskie prowadzą sprawy lekarzy i lekarzy dentystów od momentu ukończenia studiów, bardzo dobrze realizują misję prowadzenia stażu podyplomowego. Naturalnym wydaje się prowadzenie całej administracyjnej części kształcenia podyplomowego przez samorząd lekarski – jest to rozwiązanie, które od wielu lat funkcjonuje i sprawdza się np. w Niemczech. NRL proponowała powierzenie samorządowi lekarskiemu odpowiedzialności co najmniej za umiejętności, jako pierwszego etapu zwiększania udziału izb lekarskich w organizowaniu kształcenia podyplomowego”.

3. Stała profesjonalizacja pionu odpowiedzialności zawodowej.

Odpowiedzialność zawodowa to nie jest inna wersja sądownictwa powszechnego, jak czasami niektórzy myślą. Ona jest jedną ze zdobyczy samorządu lekarzy i lekarzy dentystów, zawodu zaufania publicznego.

Starsi z nas pamiętają, jak wyglądała



Izby lekarskie prowadzą sprawy lekarzy i lekarzy dentystów od momentu ukończenia studiów, bardzo dobrze realizują misję prowadzenia stażu podyplomowego.

ocena pracy lekarskiej przed odrozdzeniem się samorządu lekarskiego i gdzie była przeprowadzana. Ale ten ważny segment uprawnień samorządu lekarskiego wymaga stałej profesjonalizacji i szczególnej dbałości o eliminowanie tego, co jest szczególnie dokuczliwe, przewlekłości postępowania. Każdy, kto się z taką przewlekłością zetknął, także na etapie postępowania wyjaśniającego, wie, jakie może to powodować negatywne konsekwencje w różnych obszarach życia zawodowego i osobistego, zwłaszcza wtedy, kiedy ostateczne rozstrzygnięcie potwierdzi, że nie doszło do przewinienia zawodowego.

Tak, jak medycyna i ochrona zdrowia zupełnie inaczej wyglądają z perspektywy łóżka szpitalnego, a inaczej z perspektywy dyżurki lekarskiej czy korytarza oddziału, tak również statystyki w zakresie odpowiedzialności zawodowej nie zawsze mówią o tym, co najbardziej istotne, co wymaga właśnie stałej profesjonalizacji, unikając wykorzystywania tego pionu do różnych, nazwijmy to, „innych celów”. A podobnie jak oczekujemy od sądownictwa powszechnego, także w naszym systemie korporacyjnym nie powinny mieć miejsca jakiegokolwiek inne wpływy, poza merytoryczną, opartą na faktach, oceną. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Chcą zmiany zasad rekrutacji w przedszkolach

Członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi proponują, aby zaszczepione dzieci oraz te, które nie mogą być szczepione z przyczyn medycznych, były premiiowane dwudziestoma dodatkowymi punktami podczas rekrutacji do łódzkich przedszkoli.

Pismo w tej sprawie złożono 6 lutego na ręce przewodniczącego Rady Miejskiej w Łodzi, prof. Marcina Gołaszewskiego. Sprawa trafi pod obrady Rady Miejskiej, jeśli pod obywatelskim projektem uchwały uda się zebrać trzysta podpisów.

– Na mocy ustawy mamy obowiązek sprawować pieczę nad wykonywaniem naszego zawodu, a obowiązujący nas Kodeks Etyki Lekarskiej nakłada na nas obowiązki związane z działaniami prozdrowotnymi. Jednym z nich jest dbanie o to, aby rodzice mieli świadomość, jak istotne jest wykonywanie szczepień profilaktycznych. Doszliśmy do wniosku, że lepiej nagradzać niż karać, stąd nasza inicjatywa, promująca rodziców, którzy wywiązują się z obowiązku szczepień – komentuje Paweł Czekalski, prezes ORL w Łodzi. W skład komitetu obywatelskiego weszli: Paweł Czekalski (prezes ORL w Łodzi), Łukasz Jasek (wiceprezes), Mateusz Kowalczyk (sekretarz), Izabela Banaś (przewodnicząca Komisji Rewizyjnej), Lidia Klichowicz (członek ORL i przewodnicząca Komisji Wyborczej). ■



gazetalekarska.pl

II bal karnawałowy dla dzieci w ŚIL



Kolorowe, gigantyczne kredki, przedstawienie edukacyjne dotyczące walki ze smogiem, kominiarz jako wodzirej imprezy, księżniczki, rycerze, superbohaterowie i superbohaterki, rozmaite zwierzątka i zawody (m.in. strażak, lekarz, policjant), do tego mnóstwo kolorowych balonów – 7 lutego Śląska Izba Lekarska po raz drugi zamieniła się w bajkowe królestwo. Frekwencja, w porównaniu do ubiegłego roku, wzrosła dwukrotnie. Do udziału w tegorocznym spotkaniu lekarze i lekarze dentyści zgłosili ponad 120 dzieci. ■

Program stypendialny

ORL w Warszawie uruchomiła program stypendialny, w ramach którego lekarze i lekarze dentyści zrzeszeni w warszawskiej izbie mogą ubiegać się o dofinansowanie stażu, kursu lub warsztatu w zagranicznym ośrodku.

Stypendia w kwocie do 5 tys. zł przyznawane będą dwa razy w roku dla pięciu lekarzy, którzy uzyskają największą liczbę punktów w danym postępowaniu. Aby ubiegać się o dofinansowanie, należy złożyć wniosek wraz z wymaganymi załącznikami. Wnioski można składać do 30 marca (I termin) i 30 września (II termin) drogą mailową: stypendia@oilwaw.org.pl. Szczegółowy regulamin przyznawania stypendiów dostępny jest na stronie internetowej izby. ■

Lekarze WIL ze studentami

Wielkopolska Izba Lekarska pod hasłem „Na kwadracie w WIL” uruchomiła cykl spotkań lekarzy ze studentami uniwersytetu medycznego, na których wspólnie rozważane są kontrowersyjne tematy, omawiane procedury potrzebne przy wykonywaniu zawodu czy kwestie, o jakich młodzi ludzie chętnie mówią, ale zazwyczaj boją się zapytać. Jak wskazują studenci, potrzebna im była neutralna przestrzeń do dyskusji nad

tematami, które stanowią wyzwanie dla polskiej ochrony zdrowia oraz dla nich samych. Odbyły się już cztery takie spotkania. Pierwsze dotyczyło różnych aspektów funkcjonowania samorządu lekarskiego, drugie – modeli ubezpieczeniowych i NFZ, trzecie – medycyny i pseudomedycyny, czwarte – protestów w medycynie. W każdym ze spotkań biorą udział eksperci, a także przeprowadzane są ankiety i analizowane fragmenty filmowe. Więcej na www.wil.org.pl. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Pomagając dzieciom

Prezes ORL Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Artur de Rosier oraz przedstawiciele tej izby spotkali się z delegacją z Miasta Rypin i Powiatu Rypińskiego – czyli miejsca, z którym od lat związane są losy Malujących Lekarzy WIL. Głównym punktem spotkania

było przekazanie przez prof. Piotra Dylewicz Statuetki Józefa Strusia (otrzymanej od WIL z okazji 30-lecia samorządu lekarskiego) z przeznaczeniem jej na licytację, z której fundusze będą przeznaczone na pomoc dzieciom z Domu Dziecka im. Janusza Korczaka w Rypinie. ■



Dyrektor Domu Dziecka im. Janusza Korczaka w Rypinie Joanna Śmigielska, prof. Piotr Dylewicz, prezes ORL WIL Artur de Rosier

Polki w medycynie



28

marca w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie odbędzie się konferencja „Polki w medycynie”. Celem spotkania jest identyfikacja problemów, z jakimi zderzają się kobiety w codziennej pracy. Uczestnicy będą dyskutować m.in. o budowaniu wzajemnego wsparcia, godzeniu kariery z życiem rodzinnym, ale także o kwestiach związanych z mobbingiem w pracy. Organizatorzy podkreślają, że to pierwsza w historii polskiej medycyny konferencja przeznaczona dla kobiet pracujących w medycynie. Aby uczestniczyć w spotkaniu, trzeba zarejestrować się na stronie internetowej izby. Udział jest bezpłatny. Można przyjść z dziećmi. ■

Odznaczeni
„Cerebrum Medici”

Bydgoska Izba Lekarska po raz kolejny przyznała swoje najwyższe odznaczenia. „Cerebrum Medici” – za działalność na rzecz społeczeństwa i środowiska lekarskiego – otrzymali dr. Adam Piziewicz oraz prof. dr. hab. Władysław Sinkiewicz. Na łamach lutowego „Primum” można zapoznać się z pełnym opisem sylwetek laureatów. ■

Miłosierny
Samarytanin 2019

Zbliża się 16. edycja plebiscytu na wybór Miłosiernego Samarytanina. Kandydatów do tego tytułu należy zgłaszać do 15 marca. Może to być pracownik służby zdrowia, dla którego pomoc chorym jest powołaniem, a nie tylko rutynowym wykonywaniem obowiązków, albo osoba, która bezinteresownie, nie okazjonalnie lecz systematycznie, służy pomocą drugiemu człowiekowi. Organizatorem wydarzenia jest Krakowskie stowarzyszenie Wolontariat św. Eliasza, w tym roku ponownie z Okręgową Izbą Lekarską w Krakowie. ■

Dwie zamiast jednej

ORL w Gdańsku jednogłośnie podjęła uchwałę w sprawie rozwiązania Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji. W jej miejsce powołano dwie nowe komisje – odrębnie dla sportu i kultury. Przewodniczącym Komisji ds. Kultury został Marcin Nowiński, a Komisji ds. Sportu i Rekreacji – Marcin Szcześniak. ■

Karty historii
krakowskiego samorządu

BOIL w Krakowie wydała album „Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie 1989-2015. Wypisy z dziejów samorządu lekarskiego i medycyny Krakowa”, w którym opowiedziała historię 25-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego z perspektywy krakowskiej. „Przedstawienie tych lat wymagało przypomnienia postaci, które odcisnęły swoje indywidualne piętno na kształcie izby, oraz opisu szeregu organizacji i instytucji, współtworzących wówczas krajobraz medycyny” – pisze

w przedmowie Stefan Ciepty, szef zespołu redakcyjnego tego opracowania. Opiekunem naukowym publikacji był prof. Henryk Gaertner, a konsultantem merytorycznym – dr n. med. Jerzy Friediger. Kilka lat temu OIL w Krakowie wydała album opisujący losy krakowskiego samorządu od chwili powstania Zachodnio-Galicyskiej Izby Lekarskiej do pierwszych prób jej reaktywacji po zakończeniu II wojny światowej. Przed izbą jest jeszcze wydanie jednego tomu tej swoistej trylogii – z lat 1949-1989. ■

FUNDACJA LEKARZE LEKARZOM



Pomóż pomagać

Podobno człowiek jest wielki nie przez to, co ma, lecz przez to, czym dzieli się z innymi. Lekarze wiedzą to najlepiej, na co dzień pomagając swoim pacjentom. Nie zapominają też o swoich kolegach i koleżankach, którzy znaleźli się na życiowym zakręcie.

TEKST **LIDIA SULIKOWSKA**, DZIENNIKARZ

Lekarze są ludźmi: czasem chorują, mają wypadki, niektórzy starzeją się w samotności, nie mogą wykonywać swojej pracy i zaczyna doskwierać im bieda albo muszą zmierzyć się z walką o życie swojego dziecka. Od niemal dekady Fundacja Lekarzy Lekarzyom stara się wspierać ich w trudnych chwilach. Dociera z pomocą do lekarzy i lekarzy dentystów, którzy z przeróżnych powodów znaleźli się w niełatwej sytuacji życiowej. Nie zapomina także o ich bliskich: żonach, mężach, dzieciach.

DOŁOŻYĆ CHOCIAŻ CEGIEŁKĘ

Na ogół pomocy potrzebują osoby, którym życie wywróciło się do góry nogami z powodu choroby. FLL wypłaca zapomogi, które choć w części mogą pokryć koszty zabiegów rehabilitacyjnych czy zakup leków. Zdarza się także, że lekarzowi brakuje funduszy na zapewnienie podstawowych potrzeb życiowych. Głównie są to osoby starsze i samotne. O nich też trzeba pamiętać i wyciągnąć pomocną dłoń. Przede wszystkim chodzi o pieniądze, ale nie zawsze. Pewnemu lekarzowi udało się

pomóc w zakupie wózka inwalidzkiego – nie tylko finansowo, ale też poprzez doradztwo, co zrobić, by uzyskać na taki sprzęt dofinansowanie. Z kolei mieszkańcom Domu Lekarza Seniora w Warszawie udało się przekazać szczepionki.

Zdarzyły się też prośby o zakup protez. – To bardzo drogi sprzęt, wydatek około kilkudziesięciu tysięcy złotych. Nie stać nas, aby sfinansować taki zakup w całości, ale dołożyliśmy swoją cegiełkę. Staramy się zawsze pomagać choć na tyle, na ile nas stać. Dodatkowo w tych sytuacjach, gdy potrzebna jest większa kwota, uruchamiamy tzw. zbiórki wpłat na konkretny cel – tłumaczy Mariusz Janikowski, prezes Fundacji Lekarzy Lekarzyom. Tak było np. w przypadku rodziny jednego z miast w zachodniej Polsce – zmarł lekarz, zostawiając żonę z dwójką dzieci. – Okręgowa izba lekarska poprosiła nas o utworzenie zbiórki. Zaczęliśmy działać. Już udało się zebrać ponad 22 tys. zł. Siła lokalnej społeczności jest ogromna. To bardzo budujące – mówi Mariusz Janikowski.

JEST NAS 170 TYSIĘCY

Co sprawiło, że samorząd lekarski powołał do życia FLL? Wszystko zaczęło się od tragicznej w skutkach powodzi, do której doszło na południu Polski

w 2010 r. – Podczas tej katastrofy ucierpiało wielu lekarzy. Wówczas zdałem sobie sprawę, że izby lekarskie nie mają własnej fundacji, która mogłaby w takich przypadkach reagować – opowiada prezes Janikowski. Jeszcze w tym samym roku Naczelna Rada Lekarska założyła fundację.

Organizacja zbiera pieniądze z darowizn. Z roku na rok jest ich coraz więcej, choć, jak przyznaje prezes FLL, budżet wciąż jest daleki od ideału. Pomagają więc na tyle, na ile pozwala stan konta. Dotychczas przekazano potrzebującym 125,5 tys. zł, nie licząc kwot zebranych podczas zbiórek celowanych.

– Niestety wpłaty wciąż wpływają od niewielkiej grupy lekarzy. Gorąco apeluję do moich koleżanek i kolegów, aby wpłacali nawet niewielkie darowizny. Przecież w naszym kraju jest 170 tys. lekarzy i lekarzy dentystów, z czego 140 tys. jest czynnych zawodowo. Gdyby każdy przekazał choćby złotówkę co miesiąc, nasze możliwości byłyby o wiele większe. Warto pomyśleć o tych, którzy czekają na naszą pomoc. Każdy z nas może się znaleźć w trudnej sytuacji – apeluje Mariusz Janikowski. Dodaje, że fundację starają się wspierać okręgowe izby lekarskie. OIL w Krakowie już od kilku lat przekazuje wpłaty – co rok złotówkę za każdego członka swojej izby. Kilka innych izb także taką wpłatę przeprowadziło, ale to były jednorazowe akcje.

Fundacja znajduje się w wykazie organizacji pożytku publicznego, na które można przekazać 1 proc. podatku dochodowego. Wszystkie osoby działają na rzecz fundacji pro publico bono. ■

JUBILEUSZ

Największą radość sprawia mi każde uratowane życie

– Dobro darowane wraca. Ja jestem tylko zakładnikiem tego dobra, którego doświadczyłem i które do końca życia będę spłacał – mówił prof. Marian Zembala podczas benefisu z okazji swoich 70. urodzin.

TEKST **MARTA JAKUBIAK**,
REDAKTOR NACZELNA „GL”

Wśród osób znających profesora krąży taka anegdota: kierowca porusza się autostradą A4 z Zabrze do Katowic, słucha muzyki, którą nagle przerywa komunikat: uwaga, na autostradzie A4, na odcinku Katowice – Zabrze ktoś jedzie pod prąd. Kierowca na to: ktoś jedzie pod prąd? To oni jadą pod prąd. W życiu czasem tak bywa, że dopiero po jakimś czasie okazuje się, że ten kierunek „pod prąd” był właściwy. Kierowca z anegdoty to prof. Marian Zembala.

– Szanowny panie profesorze, ojcze dyrektorze, drogi padre, w końcu tato... Mnie przyszło odegrać taką trudną rolę, bo z jednej strony jestem koordynatorem oddziału kardiochirurgii i transplantacji serca ze wspomaganiem krążenia, a z drugiej jestem synem. Wciąż nie wiem, która z tych ról jest trudniejsza – tak swoje życzenia urodzinowe dla ojca zaczął Michał Zembala. – Dziś wszystkie zabiegi operacyjne poszły dobrze. Na stanowisku pierwszym jest pacjent po przeszczepieniu serca, oddaje mocz, nie krwawi. Na dwójkę, trójkę i pięćce, szóstce chyba też, jest ECMO. Rolki się kręcą. Do rana będzie dobrze. Na siódemce wiem, że jest małe krwawienie, ale anestezjolog jest na



miejsu, dzwonił do niego. Na ósemce i dziewięćce chorzy też sika. I ostatni chory, 93-letni generał, który dzisiaj miał TAVI, już chce iść do domu. Stan chorych jest stabilny, a my, ta zabrzańska rodzina, chcieliśmy ci bardzo serdecznie podziękować, za każdy dzień, który mieliśmy przywilej z tobą pracować i leczyć chorych – jego słowa potwierdzają, że w życiu profesora najpierw są pacjenci, a potem można skupić się na innych tematach.

Prof. Marian Zembala świętował swoje urodziny z przyjaciółmi. 11 lutego w Hali Pogoń w Zabrzu odbył się uroczysty benefis, którego motto brzmiało: „Spełniony dzięki Bogu i ludziom”. Wśród zaproszonych gości byli wybitni lekarze, naukowcy, rodzina, przyjaciele. Padło wiele ciepłych słów, było jeszcze więcej życzeń, ale to, co szczególnie przykuwało uwagę, bo powtarzało się we

wszystkich wypowiedziach, to „dziękuję”. Wystarczy przywołać chociażby słowa skierowane do profesora przez współpracujące z nim pielęgniarki: „dziękujemy za szacunek i życzliwość dla nas, dla naszej grupy zawodowej, za wsparcie. Jest pan dla nas mentorem i ojcem, na którego możemy liczyć każdego dnia”. Także blok operacyjny podziękował za wspólne lata i deklarował dalszą współpracę: „zapraszamy pana na mały benefis do nas, do pana, tam, gdzie pan uwielbiał zawsze być, gdzie pan odpoczywa – na blok operacyjny”. Jak mówi prof. Zembala, cały sens naszego życia to służyć drugiemu człowiekowi. I z pewnością ta deklaracja znajduje odzwierciedlenie w jego życiu.

Panie Profesorze, życzymy stu lat w dobrym zdrowiu i kolejnych sukcesów! ■

Zespół przyjaciół i współpracowników ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

O TYM SIĘ NIE MÓWI

Nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprowadza wiele zmian, które – choć wydają się ważne dla środowiska lekarskiego – umykają w debacie publicznej.

NOWA DEFINICJA

Lekarzy odbywających specjalizację ucieszy zapewne to, że w systemie zmianowym będą mogli pracować tylko, jeżeli przewiduje to program danej specjalizacji, a także gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne oraz kierownik specjalizacji, pod którego nadzorem jest lekarz, pracują na tej samej zmianie, a w równoważnym czasie pracy tylko gdy program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie i jest on stosowany do wszystkich lekarzy w jednostce akredytowanej.

Zgodnie z projektem ustawy przez ustawiczny rozwój zawodowy rozumie się: kształcenie podyplomowe (które obejmuje staż podyplomowy, kształcenie specjalizacyjne, nabywanie umiejętności z zakresu jednej albo kilku dziedzin medycyny lub umiejętności udzielania określonego świadczenia zdrowotnego) oraz doskonalenie zawodowe (tj. stałą aktywność w ramach samokształcenia i w zorganizowanych formach kształcenia).

CZAS PRACY

Powstanie jeden, centralny system kwalifikacji i rozdziału miejsc rezydenckich i pozarezydenckich. Oczekiwana przez środowisko młodych lekarzy zmiana w kwalifikacji na szkolenie specjalizacyjne będzie możliwa łącznie w trybie rezydenckim i pozarezydenckim wniosków na nie więcej niż 15 wariantów w ustalonej przez lekarza kolejności priorytetowej (obecne postępowanie kwalifikacyjne umożliwia aplikowanie wyłącznie na jedną dziedzinę medycyny w jednym województwie).

REZYDENTURY

Na mocy ustawy w trakcie odbywania stażu podyplomowego będzie przysługiwać 6 dni płatnego urlopu na udział w dodatkowych konferencjach, kursach lub szkoleniach. Lekarzom i lekarzom dentystom zatrudnionym w ramach umowy o pracę, którzy nie realizują w danym roku kalendarzowym szkolenia specjalizacyjnego, ma przysługiwać 6 dni urlopu na doskonalenie zawodowe (płatne tak jak wynagrodzenie za urlop wypoczynkowy). Z kolei ci, co zdecydują się przystąpić do nowego egzaminu, Państwowego Egzaminu Modułowego, mogą liczyć na dwudniowy urlop szkoleniowy w roku kalendarzowym z prawem do wynagrodzenia.

URLOP

W przypadku pełnienia dyżuru medycznego objętego programem szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze uniemożliwiającym skorzystanie przez lekarza z prawa do co najmniej 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego odpoczynku, lekarzowi powinien być udzielony okres odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Nie spowoduje to wydłużenia szkolenia specjalizacyjnego. Okres tego odpoczynku po zakończonym dyżurze wliczy się do podstawowego wymiaru czasu pracy, nie obniżając wynagrodzenia należnego na podstawie umowy o pracę.

ODPOCZYNEK



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Co z ustawą?

Nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie wejdzie w życie 1 kwietnia, ale Ministerstwo Zdrowia nie chce wycofać się z najbardziej kontrowersyjnych przepisów dotyczących cudzoziemców.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Na złagodzeniu tych regulacji skorzystają nie tylko osoby z dyplomami uczelni ukraińskich, gdzie niektóre specjalizacje lekarskie można uzyskać zaledwie w rok – przepisy obejmą również obywateli dziesiątek innych krajów spoza UE. Czegoś podobnego w naszym kraju dotychczas nie było.

– Polscy lekarze nie obawiają się konkurencji, ale obniżania standardów leczenia – mówi prezes NRL Andrzej Matyja, odnosząc się do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw. – Dopuszczanie do wykonywania zawodu lekarzy spoza UE bez nostryfikacji dyplomu i zaniżanie wymagań w zakresie kształcenia może zagrażać bezpieczeństwu pacjenta, bo narażamy się, że w Polsce chorych leczyć będą osoby bez odpowiednich kompetencji. Wymagania co do kwalifikacji powinny być dla wszystkich takie same – dodaje.

PREZYDENT WYDA WYROK

Czy prezydent Andrzej Duda podpisał nowelizację kluczowej dla lekarzy ustawy, pomimo wyrażanych z wielu stron obaw dotyczących ułatwień dla absolwentów medycyny spoza UE, czy też ją zawetuje? A może zwróci się do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie jej zgodności z konstytucją? W końcu

coraz głośniejsze mówi się o możliwości dyskryminacji absolwentów polskich uczelni kosztem tych z zagranicy. Tego na razie nie wiadomo. Podobnie jak i tego, na ile podjęta decyzja będzie miała znaczenie w kontekście zaplanowanych na 10 maja wyborów na najważniejszy urząd w naszym państwie. Kiedy na początku lutego w kuluarowej rozmowie w Pałacu Prezydenckim zapytałem prezydenta Andrzeja Dudę o to, jak ocenia ułatwienia dla cudzoziemców przygotowane w nowelizacji ustawy, odpowiedział, że najpierw musi ona trafić na jego biurko. – Wtedy będę się nad tym zastanawiał, bo to, co ostatecznie wyjdzie z parlamentu, wymaga wnikliwej lektury – stwierdził prezydent, po czym dodał, że w naszym kraju jest problem ze zbyt małą liczbą lekarzy, a resort zdrowia szuka sposobów na jego rozwiązanie. Dopytywałem, czy weźmie pod uwagę obawy o obniżenie standardów leczenia. – Jak zwykle w tego typu sytuacjach są różne głosy – usłyszałem w odpowiedzi. Zanim ustawa trafi do prezydenta, muszą zająć się nią jeszcze parlamentarzyści z obu izb. Na ten moment wszystko znajduje się w rękach posłów, a mówiąc dokładniej: jeszcze nie sejmowej większości, lecz 6 posłów PiS, którzy liczebnie dominują w 11-osobowej podkomisji nadzwyczajnej powołanej 11 lutego przez sejmową Komisję Zdrowia. Na jej czele stanął wieloletni parlamentarzysta, były wiceminister zdrowia Bolesław Piecha. Prace podkomisji przynajmniej o kilka tygodni odwleka wejście w życie nowelizacji, co miało nastąpić już 1 kwietnia br. – Podkomisja pozwoli na przepracowanie projektu punkt po punkcie i wyjaśnienie wątpliwości, których nie ma tak wiele – powiedział przewodniczący Komisji Zdrowia Tomasz Latos, ale nie każdemu udziela się jego optymizm. Unaocznia to burzliwa dyskusja w czasie ostatniego posiedzenia komisji, gdzie doszło do pierwszego czytania projektu ustawy. Nawiasem mówiąc, ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego nie było. Zdominowało je wystąpienie wiceministera zdrowia Józefy Szczurek-Żelazko, ale czujne ucho

11

posłów, w tym 6 z PiS, liczy podkomisja powołana przez sejmową Komisję Zdrowia.

Pieniądze dla OIL

Na dodatkowe zadania związane z przyznawaniem PWZ dla lekarzy specjalistów posiadających dyplom wydany poza UE do każdej z OIL (także izby wojskowej) trafi ponad 60 tys. zł brutto rocznie. – Wynika to z konieczności zatrudnienia wykwalifikowanego pracownika do realizacji powyższych zadań lub powierzenia dodatkowych obowiązków innym pracownikom izby – powiedział rzecznik prasowy ministra zdrowia Wojciech Andrusiewicz. Dodał, że do decyzji prezesa izby pozostanie przyjęcie organizacyjnego rozwiązania pozwalającego na wywiązanie się z powierzonych zadań. W ocenie skutków regulacji dołączonej do projektu ustawy jest mowa o przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku wyliczonym przez GUS. Próbowałem dowiedzieć się, dlaczego nie ma to być np. jego dwu-, trzy- lub czterokrotność, na jakiej podstawie resort zakłada, że te środki są adekwatne do zadań nakładanych na OIL oraz dlaczego identyczną kwotę otrzymają wszystkie izby, skoro liczba ich członków jest dość zróżnicowana. Biuro Komunikacji Ministerstwa Zdrowia było dość wstrzemięźliwe w wyjaśnieniach, aczkolwiek pewne jest jedno: jednakowa kwota dla izb to arbitralna decyzja resortu. Ma być ona wypłacana „z dołu” na zakończenie danego okresu rozliczeniowego, w półrocznych transzach.

nie było w stanie wyłapać z jej słów niczego, co nie byłoby znane z dostępnego od dawna na stronie Rządowego Centrum Legislacji projektu ustawy, jej uzasadnienia i oceny skutków regulacji.

ALTERNATYWA DLA EGZAMINU

Przez ok. 25 minut minister Józefa Szczurek-Żelazko drobiazgowo wyliczała konsekwencje nowych regulacji, ale o tych najbardziej spornych zaczęła mówić dopiero pod koniec swojego wystąpienia. Należą do nich m.in. przepisy wprowadzające nową

ścieżkę uznawania kwalifikacji lekarzy i lekarzy dentyków, którzy uzyskali wykształcenie na uczelniach poza UE, bez konieczności nostryfikacji ich dyplomów. Nastąpi to dzięki nowym egzaminom: Lekarskiemu Egzaminowi Weryfikacyjnemu i Lekarsko-Dentystycznemu Egzaminowi Weryfikacyjnemu. – Zmiana ta ma na celu stworzenie alternatywy dla egzaminu nostryfikacyjnego, który spotkał się z krytyką zdających w związku z wysokimi kosztami, brakiem jednolitych procedur, brakiem jednolitego podejścia metodologicznego w związku z organizowaniem go autonomicznie przez różne uczelnie – powiedziała. Prezes NRL Andrzej Matyja zwrócił uwagę, że poza UE z łatwością można nabyć dokumenty poświadczające wiedzę i umiejętności z różnych dziedzin. Przedstawił również przykład ukraińskiego lekarza, aby unaocnić parlamentarzystom, że po znowelizowaniu ustawy i znacznie szerszym otwarciu drzwi dla medyków wykształconych za granicą polskim urzędnikom, lekarzom i pacjentom może przyjść się mierzyć z wyzwaniem w stopniu nieporównywalnie trudniejszym niż do tej pory. – Lekarz ukończył studia medyczne na Ukrainie w 1990 r., a rok później, w wieku 24 lat, uzyskał tam specjalizację z zakresu położnictwa i ginekologii. Kilka lat temu w naszym kraju zdał LEK, uzyskał PWZ i przystąpił do specjalizacji w ramach rezydentury. Niedawno otrzymaliśmy pismo podpisane przez wszystkich lekarzy z oddziału, w którym pracuje, że nie ma podstawowej wiedzy i umiejętności, by leczyć ludzi, a tymczasem lekarz pokazał uznanie dyplomu i kwalifikacji przez ministra zdrowia – powiedział Andrzej Matyja. Dodał, że przepisy powinny być sformułowane tak, aby do leczenia dopuszczać osoby dające rękojmię należytego wykonywania zawodu w Polsce, nie stwarzając potencjalnego zagrożenia dla pacjentów. – Musimy mieć narzędzia do weryfikacji umiejętności teoretycznych i praktycznych każdego lekarza, którego kwalifikacje mają być

uznawane wyłącznie na podstawie przetłumaczonych dyplomów – zapelował prezes NRL.

KOMU PWZ PRYZNA ORL?

Przewidziany w projekcie ustawy uproszczony tryb zatrudniania osób z tytułami specjalisty uzyskanymi poza UE wzbudza spore kontrowersje również z tego powodu, że odpowiedzialność za dopuszczenie ich do wykonywania zawodu przerzuca na samorząd lekarski. To ORL miałyby przyznawać PWZ na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w placówce, która wyraziłaby gotowość zatrudnienia cudzoziemca. Musiałby on posiadać dyplom lekarza lub lekarza dentyisty oraz dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty. Dokumenty te musiałyby być zalegalizowane przez konsula RP właściwego dla państwa i systemu



Weryfikacja

Już wkrótce na wzór LEW i LDEW może zostać wprowadzony Farmaceutyczny Egzamin Weryfikacyjny (FEW). Taki pomysł ujrzał światło dzienne kilka tygodni temu w projekcie nowelizacji ustawy o zawodzie farmaceuty. Samorząd aptekarski został zaskoczony propozycją wprowadzenia FEW, podobnie jak samorząd lekarski LEW i LDEW. – Niepokoi nas ta poprawka wprowadzona przez Ministerstwo Zdrowia – przyznaje prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Elżbieta Piotrowska-Rutkowska. Wprowadzenie zmian zmierzających do otwarcia naszego rynku pracy na farmaceutów spoza UE wywołuje gorące dyskusje. Wprowadzenie alternatywy dla procedury nostryfikacyjnej w postaci egzaminów weryfikacyjnych, które mają być adresowane do osób z krajów spoza UE, wpisuje się w politykę zarówno rządu Mateusza Morawieckiego, jak i Beaty Szydło, które szerzej otworzyły drzwi dla pracowników z zagranicy, mimo że obserwując debatę publiczną, a zwłaszcza śledząc wypowiedzi czołowych polityków obozu rządzącego, można by odnieść zgoła inne wrażenie. Z niedawno opublikowanego raportu OECD wynika, że nasz kraj staje się światowym liderem pod względem migracji zarobkowej. W 2017 r. Polska z 1,1 mln przyjeżdżających na okres krótszy niż 12 miesięcy wyprzedziła m.in. Stany Zjednoczone (gościło tam prawie 700 tys. okresowych pracowników) i Niemcy (ponad 400 tys.).

szkolnictwa wyższego, w którym je wydano. Wśród innych warunków formalnych ustawa wymienia m.in. legitymowanie się co najmniej 3-letnim doświadczeniem zawodowym w charakterze lekarza specjalisty, posiadanie prawa pobytu na terytorium RP oraz wykazanie znajomości języka polskiego. Jak dowiedziałem się w resorcie zdrowia, ma to być potwierdzane poprzez zaliczenie egzaminu przeprowadzanego przez NRL z udziałem 6-osobowej komisji. Cudzoziemiec, chcąc otrzymać takie ograniczone PWZ, musiałby pod nadzorem innego lekarza specjalisty odbyć obowiązkowe szkolenie praktyczne odpowiadające liczbie godzin wskazanych w uchwale ORL, trwające maksymalnie 12 miesięcy. Zakończy się ono wydaniem jednoznacznej opinii, pozytywnej albo negatywnej, decydującej o dalszym zatrudnieniu. W tym drugim przypadku albo w razie rozwiązania umowy o pracę ORL skreśli lekarza z listy członków OIL. Odwołanie od uchwały ORL ma rozpatrywać NRL. – Dziwi wprowadzenie takich ułatwień dla lekarzy spoza UE, skoro polscy stomatolodzy nie mają gdzie realizować specjalizacji. Od wielu lat w specjalnościach lekarsko-dentystycznych w naszym kraju przyznaje się zaledwie 3-5 proc. rezydentur. To wymowne – komentuje wiceprezes NRL Andrzej Cisko. W podjętym 31 stycznia stanowisku NRL uproszczony tryb przyznawania PWZ cudzoziemcom spoza UE wymieniono na pierwszym miejscu wśród zagadnień budzących największe rozczarowanie w projekcie ustawy. NRL oczekuje odstąpienia do zamiaru jego wprowadzania, podkreślając, że ewentualne wejście w życie takich przepisów powinno zostać poprzedzone szeroką debatą publiczną z udziałem organizacji pacjenckich oraz wszystkich organizacji zrzeszających pracowników zawodów medycznych. Jak wiadomo, tej dyskusji zabrakło, a ułatwienia dla absolwentów medycyny spoza UE zostały dodane do projektu nowelizacji ustawy ku zaskoczeniu samorządu lekarskiego, który na wcześniejszym etapie

prac nad tym dokumentem brał bardzo czynny udział w jego tworzeniu. – Dzięki wejściu w życie nowych przepisów dyrektorzy szpitali będą mogli pochwalić się większą liczbą specjalistów, ale za jaką cenę? Sądzę, że w perspektywie kilkunastu lat poziom ochrony zdrowia w Polsce może się radykalnie obniżyć – przestrzega prezes ORL w Łodzi Paweł Czekalski.

POZA KRYTYKĄ, SĄ KORZYŚCI

Środowisko lekarskie nie potępia w czambuł nowelizacji, bo znajduje się w niej także przepisy korzystne z punktu widzenia medyków. Jak czytamy w stanowisku podjętym przez NRL, projektowana ustawa w dużej mierze wychodzi naprzeciw oczekiwaniom dotyczącym kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. Jeśli wejdzie w życie, to terminy LEK i LDEK będą ogłaszane przynajmniej na 6 miesięcy przed planowanym egzaminem, a w razie nieudanej pierwszej próby lub nieprzystąpienia do tego egzaminu w pierwszym podejściu, druga próba również będzie bezpłatna. W trakcie odbywania stażu podyplomowego lekarz będzie mógł przeznaczyć 6 dni na udział w dodatkowych konferencjach, kursach lub szkoleniach. W projekcie ustawy znalazł się zapis, że lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury i rozpoczął szkolenie specjalizacyjne, może, bez podawania przyczyny, złożyć ponowny wniosek o odbywanie rezydentury w innej dziedzinie medycyny. Lekarzy odbywających specjalizację ucieszą zapewne regulacje dotyczące systemu zmianowego i równoważnego czasu pracy, jak i to, że przez rok od rozpoczęcia szkolenia nie będą zmuszani do pełnienia samodzielnych dyżurów medycznych. Zostaną wprowadzone wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji, choć nie na poziomie oczekiwanym przez środowisko lekarskie. Tych zmian jest znacznie więcej. Jak powiedział prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski, jeden z liderów spektakularnego protestu młodych lekarzy z jesieni 2017 r., które wymusiło na resorcie zdrowia rozpoczęcie prac nad nowelizacją, obecnej wersji dokumentu nie można określać jako ustawy przygotowanej



Nostryfikacja

Jak podano w uzasadnieniu do projektu ustawy, „w 2017 r. łącznie do uczelni kształcących na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym wpłynęły 634 wnioski o nostryfikację dyplomu uzyskanego poza UE, z czego tylko 150 dyplomów ostatecznie uznano”. Zarząd Główny Związku Zawodowego Anestezjologów, który w tym aspekcie nie zostawia na rządowych propozycjach suchej nitki, interpretuje to tak: blisko 77 proc. lekarzy starających się o nostryfikację dyplomu w naszym kraju jej nie uzyskało, co może być związane z niewystarczającym poziomem wiedzy i kompetencji kandydatów.

przez rezydentów. Choć dostrzega w nim niejedną pozytywną propozycję, to przyznaje, że spotkał go pewien zawód, a zawartą w nowelizacji propozycję ułatwień dla specjalistów spoza UE określił jako próbę stworzenia „lekarzy dwóch kategorii”. – Mamy dużą nadzieję związaną z rozporządzeniami – mówił prezes ORL w Warszawie. Wielu młodych lekarzy z niechęcią odnosi się m.in. do przewidzianej w projekcie konieczności pracy przez kilka miesięcy w szpitalach powiatowych (w czasie posiedzenia podkomisji 19 lutego przyjęto poprawkę przyznającą lekarzowi odelegowanemu na 6-miesięczny staż do szpitala I lub I stopnia sieci dodatku w wysokości 16 proc. minimalnego wynagrodzenia za pracę) i krytykuje możliwość wydania listu intencyjnego lekarzowi stażyście przez dyrektora szpitala, co pozwalałoby uzyskiwać dodatkowe punkty przy kwalifikacji na rezydenturę. Przewodniczącego Porozumienia Rezydentów OZZL Piotra Pisulę nie przekonuje tłumaczenie resortu, że byłoby to tylko 5 punktów spośród dwustu. – Wydaje się to ogromnym polem do nadużyć – podkreśla przewodniczący PR OZZL. Temperatura sporu o nowelizację ustawy wskazuje, że w kwestii brzmienia niektórych przepisów trudno będzie o konsensus i, jak się wydaje, stanowi to zapowiedź burzliwych debat w czasie dalszych prac w parlamencie. ■

1,6 TYS.

– tyłu
cudzoziemców
(najwięcej
z Ukrainy
i Białorusi)
posiadało PWZ
na początku 2019 r.

Konsekwencje

Ministerstwo Zdrowia chce ułatwić podejmowanie pracy w Polsce absolwentom medycyny spoza UE, co w środowisku lekarskim wzbudziło wiele obaw i wątpliwości. Z czego one wynikają? Jakie mogą być skutki wprowadzenia takich przepisów?



**PROF. MARIUSZ
KLENCI**

dyrektor Centrum
Egzaminów
Medycznych w Łodzi

Zawarte w projekcie nowelizacji przepisy związane z przyznawaniem PWZ absolwentom uczelni medycznych spoza UE przez okręgowe rady lekarskie są dość skomplikowane, ale mam wrażenie, że nie zakładają zastąpienia LEK-u LEW-em ani LDEK-u LDEW-em. LEW i LDEW mają być alternatywą dla egzaminów nostryfikacyjnych, przeprowadzanych na polskich uczelniach. Trudno mi ocenić trudność obecnie obowiązujących egzaminów nostryfikacyjnych, ale niewątpliwie ich zaliczenie nie należy do łatwych. Nie ma jednak powodu, by zakładać, że zdanie LEW/LDEW będzie jedynie formalnością. Te egzaminy nie będą opierać się na zestawach stworzonych z wcześniej znanej zdającym listy pytań, tak jak zgodnie z projektem nowelizacji ma być w przypadku LEK/LDEK. Należy się więc spodziewać, że w praktyce to zdanie LEK/LDEK może okazać się czystą formalnością, a zdawalność LEW/LDEW będzie zbliżona do wyników aktualnie prowadzonych egzaminów nostryfikacyjnych. Ponadto, o ile dobrze odczytuję projekt nowelizacji, osoby, które zdadzą LEW, będą musiały

przystąpić do LEK (i odpowiednio – do LDEK po zaliczeniu LDEW), czyli dokładnie tak, jak jest obecnie po zdaniu egzaminu nostryfikacyjnego. Projekt ustawy zakłada m.in. możliwość przyznawania PWZ lekarzom specjalistom spoza UE, którzy wykażą się deklaracją polskiego podmiotu wykonującego działalność leczniczą o chęci ich zatrudnienia. Jednak lekarze ci nie będą mieli w ten sposób uznawanych posiadanych specjalizacji na równi z tytułem specjalisty w rozumieniu prawa europejskiego. Będą mogli przez określony czas pracować na konkretnym stanowisku, w konkretnym szpitalu. Nie będą mogli wykonywać zawodu poza wskazanym miejscem, choć w tym czasie mogą próbować „przejsć” przez procedury dające uprawnienia na równi z innymi polskimi lekarzami, czyli np. nostryfikować dyplom albo zdać LEW czy LEK. Pełną kontrolę nad procesem przyznawania PWZ specjalistom spoza UE przyznaje się okręgowym radom lekarskim. Istotne jest użycie w projekcie nowelizacji zwrotu „okręgowa rada lekarska może przyznać prawo wykonywania zawodu” zamiast „przyznaje prawo wykonywania zawodu”. Tym samym kwestia ta pozostaje autonomicznym uprawnieniem ORL i lekarz obcokrajowiec, spełniający wszystkie wymienione w ustawie warunki, nie może mieć roszczeń związanych z wydaniem PWZ. Oznacza to, że efekty tego rozwiązania będą całkowicie zależne od praktyki działania samorządu lekarskiego. ■

Konsekwencją wprowadzenia nowych egzaminów dla lekarzy kończących studia poza UE będzie nierówne traktowanie. Wydaje się, że LEW i LDEW staną się boczną furtką w dostępie na nasz rynek pracy, a ich zaliczenie będzie łatwiejsze niż LEK-u i LDEK-u. Uważam, że gwarancją profesjonalizmu i sumienności wykonywania zawodu, a co za tym idzie bezpieczeństwa pacjentów, powinna pozostać procedura nostryfikacyjna. Wprowadzanie daleko idących ułatwień dla lekarzy spoza UE naruszy pryncypia stawiane lekarzom w Polsce i może negatywnie odbić się na pacjentach. Jeśli nowe przepisy wejdą w życie, okręgowe rady lekarskie będą weryfikować kompetencje lekarzy z tytułami specjalisty uzyskanymi poza UE m.in. w oparciu o program odbytego szkolenia specjalizacyjnego. Samorząd lekarski nie powinien się na to zgodzić. Nie wyobrażam sobie, aby ORL lub powołana przez nią komisja przeprowadzała dla lekarzy cudzoziemców dodatkowe egzaminy z poszczególnych dyscyplin. Wiedza z niektórych dziedzin jest bardzo szczegółowa, a nie każda izba blisko współpracuje z uczelnią medyczną. Ponadto musielibyśmy znać system kształcenia w danym

kraju i obowiązujący tam zakres wiedzy, a ten, kto pamięta wielomiesięczne prace komisji uzgodnieniowych z czasów poprzedzających akcesję do UE, wie, jak spore jest to wyzwanie. Brak możliwości merytorycznej weryfikacji stwarza ryzyko dopuszczenia do leczenia osób nieprzygotowanych w wystarczający sposób do pracy. Wątpię, aby zaczęli do nas przyjeżdżać tylko najlepsi medycy, bo część lekarzy spoza UE zarabia całkiem dobrze u siebie. Nowe przepisy z biegiem czasu mogą za to zahamować wzrost wynagrodzeń w Polsce. Młodzi lekarze to widzą, bo uczą się np. języka szwedzkiego zapewne nie po to, by czytać baśnie Andersena w oryginale. Nie jest tajemnicą, że za granicą panują inne standardy kształcenia niż w Polsce, a u naszych wschodnich sąsiadów medycyny uczy się sporo osób, którym nie udało się dostać na polskie uczelnie. Nie wydaje mi się, by możliwość „importu” lekarzy była skuteczna w dłuższej perspektywie, bo z niedoborem kadr medycznych zmagają się wiele krajów. Jeśli zarobki w Polsce nie będą adekwatne do nakładu pracy i poziomu odpowiedzialności, to część z tych, co przyjechała, zacznie wyjeżdżać, a z uwagi na doświadczenie uzyskane w naszym kraju, będą mieli otwartą drogę do innych krajów UE. ■



PAWEŁ CZEKAŁSKI

prezes Okręgowej Rady
Lekarskiej w Łodzi



**PROF. TERESA
SIERPIŃSKA**

Uniwersytet
Medyczny
w Białymstoku

Wprowadzenie uproszczonego trybu zatrudniania lekarzy spoza UE może powodować wiele zagrożeń. Uważam że nie należy uchylać przepisów dających możliwość uzyskania niepełnego PWZ. Jeśli planowana nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty wprowadzi takie rozwiązanie, utrudni to organizację pracy w jednostce i będzie sprzyjać pojawianiu się konfliktów w zespole. Kto odpowie za ewentualne błędy lekarza, który uzyska PWZ w ramach tzw. szybkiej ścieżki? Wszyscy dobrze wiemy, że w Polsce brakuje lekarzy, zwłaszcza w niektórych specjalnościach. Próba ominięcia procedury nostryfikacyjnej, którą można dostrzec w projekcie nowelizacji, otwiera furtkę do uzupełnienia deficytu kadrowego, ale czy to dobra droga? Czy chcemy ułatwić dostęp do wykonywania zawodu w naszym kraju lekarzom spoza UE, skoro w ich krajach obowiązują inne standardy w zakresie jakości kształcenia? Utrzymanie postępowania nostryfikacyjnego, które obecnie

wiąże się z uznaniem dyplomu i stanowi dopiero pierwszy etap na drodze do uzyskania PWZ w naszym kraju, wydaje się najwłaściwszym rozwiązaniem. Poza tym w ustawie należałoby jasno określić, w jaki sposób zostanie dokonana weryfikacja znajomości języka polskiego przez absolwentów studiów medycznych spoza UE. Obecnie egzamin nostryfikacyjny sam w sobie sprawdza stopień jego opanowania, gdyż odbywa się w języku polskim. W przypadku wprowadzenia LEW/LDEW, przeprowadzanego przez CEM w Łodzi, kandydat ma otrzymać jedną szansę przy progu zdawalności 60 proc. W tym kontekście pojawia się pytanie: czy pozytywny wynik LEW/LDEW powinien wystarczać do uzyskania PWZ, czy może raczej tylko do nostryfikacji dyplomu? Moim zdaniem, w kolejnym etapie absolwent studiów spoza UE powinien zdać LEK/LDEK – to te egzaminy muszą stanowić jeden z niezbędnych warunków do uzyskania PWZ w Polsce. ■

Najbardziej niepokojącym pomysłem zawartym w projekcie nowelizacji są duże ułatwienia dla osób spoza UE. Skoro naszych lekarzy obowiązują konkretne wymagania dotyczące uzyskania PWZ, to nie widzę powodu, aby tego samego nie oczekiwać wobec innych. Obecnie, aby otrzymać PWZ, trzeba odbyć staż i zdać LEK lub LDEK. Zgodnie z propozycją Ministerstwa Zdrowia, lekarze z zagranicy mieliby zdawać LEW/LDEW. Nie są znane szczegółowe kryteria kwalifikacyjne dotyczące tych egzaminów, a wymagania podane w projekcie nowelizacji są nieprecyzyjne. Może okazać się, że weryfikacja kwalifikacji i umiejętności nie będzie na wystarczającym poziomie. Skąd mamy wiedzieć, czy LEW nie będzie prostszy niż LEK? Otwarcie naszego rynku na lekarzy kształconych poza UE może uderzyć w pacjentów, kiedy okaże się, że zaliczenie LEW/LDEW to formalność i farsa, a nie rzetelny sposób weryfikacji wiedzy. Zgodnie z szacunkami ministerstwa, początkowo do LEW

i LDEW ma przystępować 700 osób rocznie. To tak, jakby uczelnię medyczną w dużym wojewódzkim mieście jednocześnie skończyły trzy roczniki. Jeśli szacunki resortu okazałyby się prawdziwe, po 10 latach moglibyśmy mieć dodatkowych 7 tys. lekarzy, którzy zdobyli wykształcenie za granicą, zdali LEW/LDEW i pojawili się na rynku jako stażyści. To stanowiłoby kilka procent ogólnej liczby lekarzy w Polsce. Planowane przepisy wprowadzają też możliwość przyznania lekarzowi specjalście, który ukończył studia poza UE, PWZ na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia. Dziś nie wiemy, czy za kilkanaście lat będzie to sytuacja należąca do rzadkości, czy powszechna, z której chętnie zaczną korzystać dyrektorzy szpitali. Załóżmy, że pacjent trafia do placówki, w której pracują głównie specjaliści z ograniczonym PWZ. Co się stanie, jeśli zaczną się nie tylko problemy w porozumiewaniu się w języku polskim, ale również zostanie postawiona zła diagnoza? ■



PIOTR PISULA

przewodniczący
Porozumienia
Rezydentów OZZL



PAWEŁ MAZUR

lekarz rezydent
pediatrii z Sosnowca

Rząd ma nóż na gardle, ale woli iść po linii najmniejszego oporu. Nie reformuje systemu i nie zwiększa finansowania, choć sytuacja tego wymaga. Na skutek protestów i po zawarciu porozumienia z ministrem zdrowia wiele osób miało nadzieję, że w kolejnych latach dojdzie do zmian na lepsze. Obiecywano, że ułatwi one zdobywanie wiedzy i godzenie codziennych obowiązków. Nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty miała stanowić zupełnie nową jakość w zakresie kształcenia, ale Ministerstwo Zdrowia pozbawiło projekt najważniejszych postulatów, na których bardzo zależy przede wszystkim młodym lekarzom. Teraz głównym

celem nowelizacji wydaje się wprowadzenie ułatwień dla podejmowania pracy w Polsce przez absolwentów medycyny zza wschodniej granicy oraz zwiększenie liczby lekarzy i lekarzy specjalistów bez oglądania się na poziom ich kompetencji. To temat trochę drażliwy, bo choć w kuluarach mówi się o tym powszechnie, nie każdy chce publicznie zabierać głos. Dzięki wejściu w życie przepisów przygotowanych przez resort zdrowia najwięcej zyskają lekarze kończący studia na Ukrainie i Białorusi, czyli Ukraińcy, Białorusini, ale też Polacy. Nie jest tajemnicą, że część osób, która nie dostała się na medycynę na jedną z polskich uczelni, wybrała studia np. we Lwowie. Krąży wiele legend na temat kształcenia za naszą wschodnią granicą i poziomu tamtejszej medycyny. Pewne jest to, że w tych krajach zdobywanie specjalizacji trwa krócej niż u nas, dlatego przepisy przygotowane przez rząd są po prostu niesprawiedliwe. Skutki wejścia w życie tej ustawy zacniemy odczuwać za kilkanaście lat, bo im więcej osób przyjedzie do nas ze Wschodu, tym bardziej zmniejszy się presja płacowa. Zarobki w ochronie zdrowia ostatnio poszły w górę, co widzą zwłaszcza młodzi lekarze, ale na skutek migracji stawki prawdopodobnie przestaną wzrastać. W ostatnich latach to zjawisko zaobserwowaliśmy już w niektórych branżach, więc trudno oczekiwać, aby w ochronie zdrowia stało się inaczej. ■

W PIGUŁCE

Specjaliści bez limitów

Jak poinformowało Ministerstwo Zdrowia, od 1 marca br. zostaną zniesione limity na porady pierwszorazowe w czterech specjalnościach: neurologii, ortopedii, endokrynologii i kardiologii.

– Właśnie w tych czterech rodzajach poradni w Polsce są największe kolejki. W sumie czeka w nich około 700 tys. pacjentów. Zapisanie się na pierwszą wizytę do lekarza specjalisty jest kluczowe dla przygotowania planu leczenia, które może później być kontynuowane u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

– informuje wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński. Narodowy Fundusz Zdrowia planuje także podnieść wyceinę wszystkich świadczeń specjalistycznych. W lipcu tego roku o ok. 17 proc., a od stycznia 2021 r. o kolejne 10 proc. Powyższe zmiany znalazły się w projektach skierowanych 10 lutego do konsultacji publicznych:

- Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.
- Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.
- Projekt zarządzenia Prezesa NFZ – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna. ■



gazetalekarska.pl

Obowiązek dotyczący faktury zakupowej

Jak informuje Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ, od 1 kwietnia rozpocznie się egzekwowanie obowiązku przekazywania danych o fakturze zakupowej: w komunikacie SWIAD – w elemencie nfz:faktura-zakup i nfz:dane-poz-inne, i w komunikacie FZX – w elemencie poz-inna.

Obowiązek ten nałożono zarządzeniem nr 98/2019/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2019 r. dla produktów/leków/substancji leczniczych określonych przez płatnika, innych niż stosowane w chemioterapii i programach lekowych. ■



gazetalekarska.pl

Pieniądże na zdrowie

14 lutego Sejm przyjął ustawę budżetową na 2020 rok. Za – głosowało 231 posłów, przeciw było 217, 1 poseł wstrzymał się od głosu. Na zdrowie zarezerwowano 11,26 mld zł. Posłowie rozpatrzyli 111 poprawek, zgłoszonych w drugim czytaniu, przyjęli 15 z nich, w tym tę dotyczącą przeznaczenia dodatkowych 10 mln zł na realizację programu „Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030”. O dalszych losach budżetu zdecyduje Senat. ■

Wydatki na zdrowie w 2020 r.

- **5,14 mld zł**
– na świadczenia zdrowotne z budżetu państwa
- **2,76 mld zł**
– na ratownictwo medyczne
- **0,16 mld zł**
– na politykę lekową
- **1,35 mld zł**
– na infrastrukturę
- **1,85 mld zł**
– na profilaktykę, promocję zdrowia oraz nadzór sanitarny

Bezpłatne leki dla ciężarnych

Dzięki przyjętemu przez Sejmową Komisję Zdrowia w pierwszym czytaniu projektowi ustawy o bezpłatnych lekach dla kobiet w ciąży, otrzymają one dostęp do leków jedynie na podstawie zaświadczenia stwierdzającego ciążę, wystawionego przez ginekologa lub położną. Leki dla kobiet w ciąży będą mogli przepisywać wszyscy lekarze. Także kobiety nieubezpieczone będą uprawnione do otrzymania ich nieodpłatnie. Wykaz leków ma być ogłoszony w ciągu czterech miesięcy od wejścia w życie ustawy. Ministerstwo Zdrowia zapowiada, że zostanie on opublikowany 1 września 2020 r. ■

RECEPTY NA LEKI REFUNDOWANE

Oznaczanie poziomu odpłatności leku w praktyce

Wskazania refundacyjne publikowane są w obwieszczeniach Ministra Zdrowia. Obwieszczenia te wskazują nie tylko dostępne poziomy refundacji leków, ale również określają kryteria tej dostępności. Wskazania refundacyjne w zdecydowanej większości przypadków związane są ze stanem zdrowia pacjenta, ale zdarzają się również takie, które powiązane są z wiekiem lub płcią chorego.

TEKST **WOJCIECH PACHOLICKI**, PRZEDSTAWICIEL
FEDERACJI PZ W ZESPOLE ARBITRAŻOWYM NFZ

Odnosząc wskazania refundacyjne do treści charakterystyki produktu leczniczego, należy zauważyć, że mogą one być zgodne z ChPL, mogą być w stosunku do niego rozszerzone (np. refundacja Zyrtecu u dzieci) lub zawężone (np. refundacje heparyn drobnocząsteczkowych).

Szczególną uwagę należy zwracać na leki, które występują w obwieszczeniach na dwóch poziomach refundacji (np. Spiriva 30% i R – w zależności od wyników spirometrii, czy Doxazosyny 30% w nadciśnieniu i R w przebiegu gruczolaka krokowego). Trzeba pamiętać, że uzasadnienie ordynacji danego leku na konkretnym poziomie refundacji, jeżeli jest on zależny od postawionego rozpoznania lub wyniku przeprowadzonych badań, musi wynikać bezpośrednio z dokumentacji medycznej. Jeżeli podstawą do określenia refundacji ordynowanego leku są dane z wywiadu, badania przedmiotowego i ewentualnych badań dodatkowych, to dane te muszą znaleźć odzwierciedlenie w historii choroby pacjenta.

Jeżeli lekarz powtarza lek zlecony przez poradnię specjalistyczną lub

oddział, to w informacji od specjalisty lub karcie ze szpitala muszą się znaleźć wskazania refundacyjne – nie wystarczy samo rozpoznanie – jeżeli tych danych nie ma, lek powinien być wypisany na 100%.

PRZYKŁADY

INSULINA LANTUS SOLO STAR
w cukrzycy typu II

➤ Jeżeli lekarz prowadzi pacjenta sam, pacjent jest co najmniej pół roku na insulinie NPH i ma HbA1C powyżej 8 lub udokumentowane epizody ciężkiej hipoglikemii i te dane są w historii choroby – można wypisywać na 30% bez potrzeby konsultacji diabetologa.

➤ Jeżeli Insulinę włączył np. diabetolog, to nie wystarczy „cukrzyca E11 Lantus na 30%”, na zaświadczeniu musi być wpisane, że pacjent miał insulinę NPH przez 6 m-cy i HbA1C powyżej 8 lub odnotowano ciężkie hipoglikemie.

CARVEDILOL u osób dorosłych

➤ Jeżeli lekarz w POZ opisze stan pacjenta w taki sposób, że jest to co najmniej klasa II wg NYHA niewydolności krążenia, to może samodzielnie wpisać odpłatność 30%.

➤ Jeżeli lek włączył kardiolog, to nie wystarczy informacja „rozpoznanie I50 Carvedilol 30%” – na

zaświadczeniu musi się znaleźć informacja o stopniu niewydolności.

PREPARAT NEOCATE w żywieniu niemowląt

➤ Stosowany wyłącznie w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego; zasady refundacji – jak wyżej – nie wystarczy informacja „rozpoznanie K52 + L50”, w dokumentacji medycznej musi być dokładnie określone, co się z dzieckiem dzieje i dlaczego włączono dietę elementarną.

REFUNDOWANIE LEKÓW RECEPTUROWYCH

Leki recepturowe, z racji wysokich kosztów ich wytworzenia oraz refundacji, są szczególnie monitorowane przez działy kontroli NFZ. W związku z tym najbezpieczniej ordynować leki recepturowe refundowane tylko wówczas, gdy nie ma dostępnych preparatów gotowych o zbliżonym składzie lub działaniu. Z uwagi na brak opartych o evidence based medicine danych dotyczących skuteczności prowadzonych terapii, należy dokładnie opisać stan pacjenta przed włączeniem leku i efekty prowadzonej kuracji, tak by leczenie miało uzasadnienie kliniczne w dokumentacji. Jeżeli nie ma poprawy, leczenie należy przerwać lub zmienić. ■

WYROK TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO

0 systemowej niewydolności systemu

W listopadzie 2019 r. Trybunał Konstytucyjny dokonał diagnozy problemu systemu finansowania świadczeń zdrowotnych w kierunku, w którym od wielu lat czynią to organy samorządu lekarskiego.

TEKST **JAROSŁAW KLIMEK**,
RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

Wyroku z 20 listopada 2019 r., w sprawie K 4/17, Trybunał Konstytucyjny orzekł, że przepis ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zobowiązujący jednostkę samorządu terytorialnego, będącą podmiotem tworzącym SPZOZ, do pokrycia straty netto stanowiącej ekonomiczny skutek wprowadzania przepisów powszechnie obowiązujących, które wywołują obligatoryjne skutki finansowe dla działania SPZOZ, jest niezgodny z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji RP oraz nie jest niezgodny z art. 166 ust. 1 Konstytucji. Zaskarżony przez Sejmik Województwa Mazowieckiego przepis straci moc po upływie 18 miesięcy od ogłoszenia wyroku w Dzienniku Ustaw.

W uzasadnieniu wyroku Trybunał Konstytucyjny wyjątkowo syntetycznie ujął zarzuty stawiane zaskarżonemu przepisowi ustawy o działalności leczniczej, uznając, że ich istotą jest nieprawidłowe finansowanie działalności leczniczej.

Trybunał przyjął, że zaskarżone przepisy muszą być przede wszystkim oceniane przez pryzmat regulacji zawartej w art. 167 ust. 4 Konstytucji,

który stanowi, że zmianom w zakresie zadań i kompetencji samorządu terytorialnego muszą towarzyszyć zmiany w podziale dochodów publicznych. Trybunał analizował też sprawę pod kątem zgodności z art. 68 ust. 2 Konstytucji, który gwarantuje obywatelom prawo do świadczeń zdrowotnych zapewnianych i finansowanych przez władze publiczne.

Zdaniem TK nadanie jednostkom samorządu terytorialnego statusu organu tworzącego SPZOZ nie jest równoznaczne z obciążeniem ich zadaniem zagwarantowania mieszkańcom świadczeń opieki zdrowotnej i nastąpiło bez przyznania samorządom kompetencji prowadzenia polityki zdrowotnej. Polski system ochrony zdrowia, całościowo regulowany ustawami i rozporządzeniami oraz finansowany przez instytucję centralną (NFZ), nie pozostawia jakiegokolwiek swobody i kreatywności samorządom. Jednocześnie przepisy te nie przewidują obowiązku finansowania czy współfinansowania świadczeń przez jednostki samorządu terytorialnego, a jedynie fakultatywną możliwość dofinansowania działalności leczniczej (i to dopiero od 2016 r.).

Osią sporu w tej sprawie jest, zdaniem Trybunału, źródło zadłużenia SPZOZ. Skarżący uznają za nie dofinansowanie świadczeń przez NFZ, przedstawiciele ustawodawcy – złe zarządzanie i niegospodarność placówek, za co odpowiadają podmioty

WAŻNE

Zdaniem TK nadanie jednostkom samorządu terytorialnego statusu organu tworzącego SPZOZ nie jest równoznaczne z obciążeniem ich zadaniem zagwarantowania mieszkańcom świadczeń opieki zdrowotnej i nastąpiło bez przyznania samorządom kompetencji prowadzenia polityki zdrowotnej.

tworzące. Sędziowie Trybunału rozpoznający sprawę uwzględnili w swoich rozważaniach dwa czynniki powstawania zadłużenia: finansowanie nadwykonań i zmiany przepisów określających jakość oraz standardy udzielania świadczeń. Co do pierwszego, Trybunał uznał, że sama konstrukcja systemu finansowania świadczeń zdrowotnych – choć z założenia zupełna i całościowa – na skutek wadliwej regulacji ustawowej powoduje, że nie są pokrywane wszystkie wydatki świadczeniodawców, mimo że nałożono na nich przepisami obowiązki udzielania świadczeń. Wadliwość systemu ma, zdaniem Trybunału, charakter zarówno ilościowy (nie za wszystkie świadczenia NFZ płaci), jak i jakościowy (NFZ płaci mniej niż koszt świadczeń realizowanych zgodnie z wymogami ustawodawcy).

Zaś co do drugiego z czynników, Trybunał wskazał precyzyjnie regulacje ustawowe dotyczące zarówno samej działalności leczniczej (zwiększające wymagania ściśle medyczne stawiane placówkom), jak i dotyczące ogółu przedsiębiorców, które prowadzą do powiększania zobowiązań SPZOZ bez zwiększenia środków finansowych na ich działalność. Trybunał zauważył też, że niedobory finansowania są oczywiście znane ustawodawcy i mają charakter systemowy (co potwierdzają choćby powtarzające się akcje oddłużania szpitali). ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Kara za wykroczenie popełnione w UK

Brytyjski organ Medical Practitioners Tribunal Service [MPTS] skreślił z tamtejszego rejestru lekarzy specjalistę ginekologa posiadającego polski PWZ za liczne przewinienia zawodowe.

 rzeczenie wydano 14 lipca 2017 r. Wykreślenie z rejestru (co oznacza zakaz wykonywania zawodu w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej) nastąpiło za:

- przeprowadzenie kauteryzacji szyjki macicy bez udzielenia należytej informacji o możliwym leczeniu alternatywnym i nieodebraniu świadomej zgody, a także brak zebrania wywiadu, brak zapisów w dokumentacji, wypełnienie formularza zgody i podpisanie go zamiast pacjentki, obniżenie ceny zabiegu o 100 funtów pod warunkiem natychmiastowego wykonania i innych, niezgodnych z etyką, poczyną;
- wykonanie u innej chorej zabiegu kolposkopii bez wskazań klinicznych, niezachowanie staranności, postawienie



błędnej diagnozy bez badań cytologicznych i wymazów, brak świadomej zgody pacjentki, straszenie chorej zagrożeniem życia, jeśli płatny zabieg nie będzie natychmiast wykonany;

- świadome wprowadzenie innego lekarza w błąd, nieżyczliwe i niekulturalne traktowanie chorej, zagrożenie wykonaniem zabiegu siłą bez zgody chorej, wypowiadanie uwłaczających komentarzy na temat innych lekarzy i wiele innych wykroczeń.

MPTS powiadomił o tym wyroku Naczelną Izbę Lekarską. 5 stycznia 2018 r. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej złożył wniosek do okręgowego sądu lekarskiego o przejęcie orzeczenia do wykonania w Polsce i określenie kwalifikacji prawnej czynów według prawa polskiego

oraz wskazanie kary podlegającej wykonaniu.

OSL 19 marca 2018 r., po przeprowadzeniu postępowania, określił karę czterech lat zawieszenia prawa wykonywania zawodu. Zażalenie na to postanowienie oraz odpowiedź na zażalenie NROZ obrońca obwinionego lekarza wniósł do Naczelnego Sądu Lekarskiego.

NSL, po rozpoznaniu sprawy, zwrócił się z pytaniem dotyczącym podstaw prawnych orzekania w tej precedensowej sprawie do Sądu Najwyższego, który 20 marca 2019 r. pozostawił to zagadnienie bez rozpoznania. W związku z tym NSL uznał obwinionego lekarza winnym stawianych mu zarzutów, modyfikując karę do pięciu lat zawieszenia PWZ. Wyrok jest prawomocny. ■

KOMENTARZ



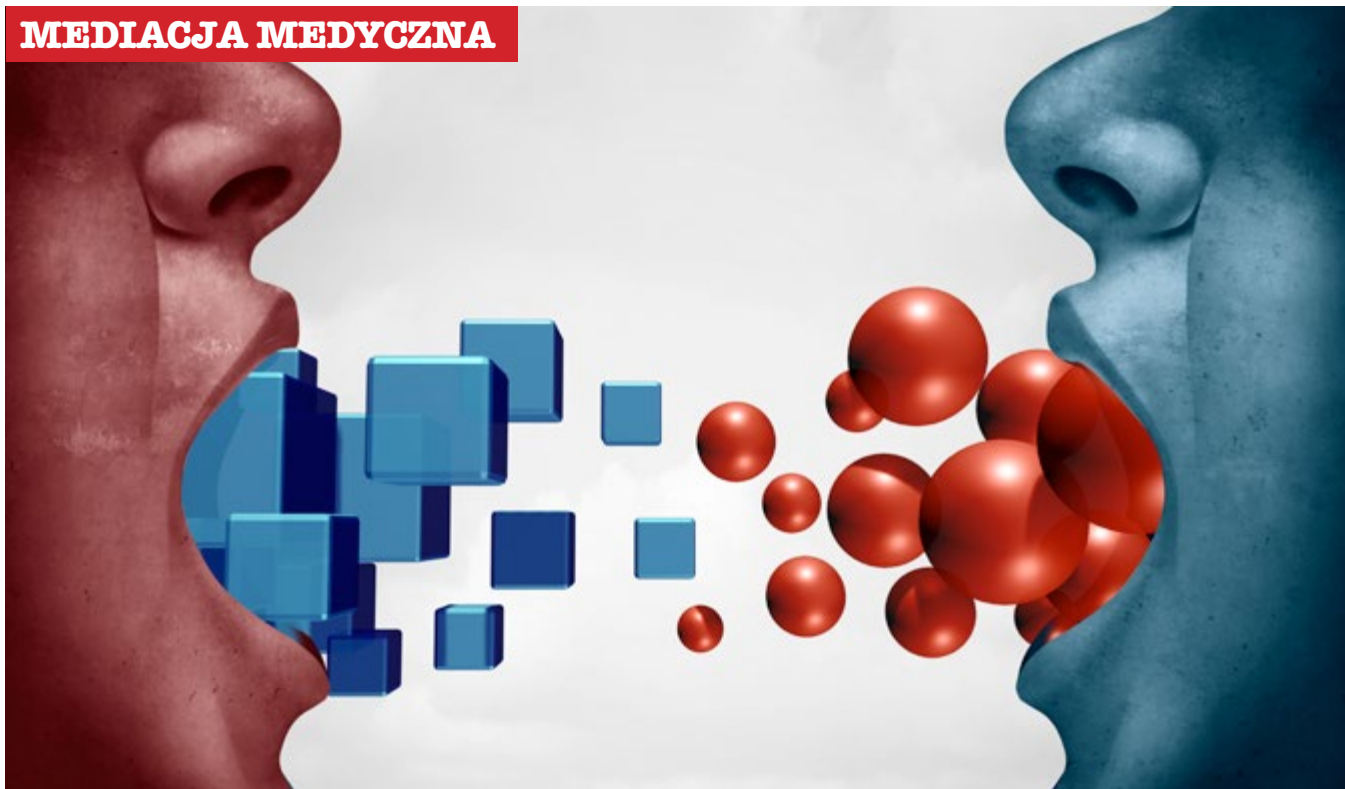
JACEK MIARKA

przewodniczący NSL

Za pośrednictwem systemu IMI od stycznia 2018 r. kraje europejskie są zobowiązane (na podstawie dyrektywy 2013/55/UE w ramach tzw. mechanizmu ostrzegania) do przekazywania informacji o lekarzach, którym organ publiczny lub sąd ograniczył lub zakazał prawa wykonywania zawodu. Taka informacja jest więc przekazywana do odpowiednich organów w państwach, w których dany lekarz nabył prawo wykonywania zawodu. Mechanizm został wprowadzony przez UE dla zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów. Polscy lekarze specjaliści mają w krajach

europejskich wysokie notowania za wiedzę i fachowość, natomiast – podobnie jak u nas, jest niewielka grupa lekarzy prezentujących postawy patologiczne, którzy przynoszą wstyd naszemu środowisku, czego przykładem jest powyższa sprawa, pierwsza zakończona wyrokiem skazującym w Polsce. Nasz sąd lekarski zbadał cały materiał dowodowy w dwóch instancjach i nie miał żadnych wątpliwości co do winy. Sądzę, że za takie wykroczenia, gdyby zostały popełnione w Polsce, kara byłaby identyczna. Niestety, na ocenę czekają dalsze sprawy z krajów europejskich, a NROZ zgłosił także pierwszą sprawę lekarza pracującego w Polsce do samorządu jednego z krajów europejskich. Do tej pory ponad 70 proc. spraw, które trafiły do nas, zostało zgłoszonych z Anglii, która wychodzi z UE. GMC (brytyjski urząd rejestrujący lekarzy i sprawujący nadzór na wykonywaniu zawodu) zapewnia, że przez cały okres przejściowy (do końca 2020 r.) będzie przekazywać informacje w ramach unijnego mechanizmu ostrzegania za pośrednictwem systemu IMI. Co będzie po upływie tego czasu, na razie nie wiadomo. Bardziej jednak niepokoi mnie niekontrolowany napływ do Polski lekarzy z Ukrainy, bo żaden system wzajemnego ostrzegania pomiędzy naszymi krajami nie obowiązuje. ■

MEDIACJA MEDYCZNA



Po co mediacja?

107,6 tys. zł za jedną zawartą ugodę, prawie 5,1 tys. za wydane orzeczenie – tak wygląda efektywność kosztowa wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych według danych RPP.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

Komisje nie zdały egzaminu – powiedział prezes NRL prof. Andrzej Matyja, rozpoczynając 24 stycznia w Krakowie dwudniową konferencję samorządów lekarskiego i adwokackiego pt. „Mediacja w medycynie”.

Kiedy przed dekadą powstawał pozasądowy system orzekania o zdarzeniach medycznych, 16 wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych miało odciążać sądy od spraw o odszkodowania za błędy medyczne, a także przyspieszyć postępowania i obniżyć ich koszty. Z danych

zaprezentowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta Bartłomieja Chmielowca wynika, że choć w 2018 r. ich funkcjonowanie pochłonęło (bez obsługi administracyjnej) 3,66 mln zł, to zawieranych ugód jest niewiele – w sumie 34, co daje średnio 2,1 ugody na komisję. Ze wstępnych szacunków urzędów wojewódzkich za 2019 r. wynika, że działalność komisji kosztowała przynajmniej o kilkaset tysięcy złotych więcej. – Sami państwo sobie odpowiedzcie, czy jest to model efektywny, czy nie – powiedział RPP.

ALTERNATYWA: TANIEJ I SZYBCIEJ
W Krakowie kilkunastu prelegentów (lekarzy i adwokatów) przekonywało, że warto w tej sytuacji postawić na

mediację, które mogą być alternatywą zarówno dla postępowania sądowego, jak i prowadzonego przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. – Z punktu widzenia lekarzy mediacje są ważne z uwagi na rosnące roszczenia pacjentów i ich bliskich oraz zasądzanie coraz wyższych zadośćuczynień – podkreślił Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona, który wraz z prezes Centrum Mediacyjnego przy Naczelnej Radzie Adwokackiej Agnieszką Zemke-Górecką był pomysłodawcą wydarzenia. Postępowanie mediacyjne może pomóc zakończyć sprawę dużo szybciej niż spór przed sądem, gdzie obie strony zwykle skarżą się na przewlekłość. Jest ono również znacznie tańsze niż to przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Jak zauważa mediator przy OIL w Krakowie Jolanta Orłowska-Heitzman, w czasie mediacji nie ma postępowania dowodowego, nie ma rozbieżności w orzecznictwie i nie trzeba starać się o opinie biegłych. Mediacje są dobrowolne i nie wymagają bezpośredniego kontaktu między

FOTORELACJA



gazetalekarska.pl

FOTOSHUTTERSTOCK.COM

stronami, a to, o czym mówią w czasie postępowania, jest poufne także dla sądu. – W izbie lekarskiej mediacje są bezpłatne, a przed wojewódzkimi komisjami trzeba zapłacić za postępowanie – mówiła Jolanta Orłowska-Heitzman. Póki nie zapadnie wyrok, można wejść na drogę mediacji, w dowolnym momencie można się z niej również wycofać. Mediator musi zachować neutralność. Nie może wywierać presji na strony ani narzucać im określonych rozwiązań. Powinien skupić się na konkretyzowaniu i urealnianiu wzajemnych oczekiwań stron. Na specyfikę mediacji w medycynie zwróciła uwagę Martyna Maciejewska-Przytucka, stały mediator przy Sądzie Okręgowym w Szczecinie. Ich wyjątkowy charakter wynika m.in. z wysokiej wartości tego, czego dotyczy spór, w końcu zdrowie i życie są bezcenne. Przekłada się to na ogromne zaangażowanie emocjonalne przy dużej nierównowadze w zakresie wiedzy po stronie pacjenta lub jego bliskich, zwłaszcza wtedy, gdy przystępują do sporu z podmiotem leczniczym.

PSYCHOLOGIA: SERCE I UMYŚŁ

Na niedocenianie psychologicznych aspektów mediacji zwracali uwagę zarówno adwokaci, jak i lekarze. Zdaniem prezesa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Artura de Rosier, konflikt rodzi emocje, które czasami powodują nieracjonalne reakcje, a formalizm postępowania sądowego nie sprzyja ani ich uwalnianiu, ani otwartości. – Pacjent trafiający na mediacje może podyskutować i często pierwszy raz jest pytany, jak było. Pojawia się u niego przekonanie o kontroli własnych praw. W postępowaniu przed okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej lub przed sądem może dochodzić swoich racji, ale nie rozładowuje napięcia – podkreślał prezes WIL. Wielu mediatorów zna przypadki, kiedy postępowanie kończyło się wkrótce po tym, gdy lekarz wyraził skruchę i przemówił „ludzkim głosem”, nie zastanawiając się paragrafami. Jak tłumaczył Artur de Rosier, niedoskonałość zapisów ustawy utrudnia mediację, bo uczestniczy w niej lekarz obwiniony, a nie lekarz, którego dotyczy postępowanie.



Do OROZ rocznie wpływa ok. 3 tys. spraw, ale liczba mediacji jest znikoma.

To obniża jego poczucie wartości. Nie da się ukryć, że mediacja w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów nie cieszy się wielką popularnością. Z danych zaprezentowanych przez Paulinę Tomaszewską z Biura Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wynika, że w latach 2010-2018 OSL na terenie całego kraju skierowały do mediacji 26 spraw. Trochę częściej z tej możliwości korzystali OROZ: od 2010 r. do pierwszej połowy 2019 r. skierowali do mediacji 82 sprawy, z czego 48 przypadło na Śląską Izbę Lekarską. – Do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej rocznie wpływa ok. 3 tys. spraw, ale spoglądając na liczbę spraw skierowanych do mediacji, widać, że to kropla w morzu – powiedziała Paulina Tomaszewska. Jak wspominał Artur de Rosier, kiedy pełnił funkcję OROZ, rocznie prowadził ok. 400 spraw, ale do postępowań mediacyjnych trafiały średnio tylko dwie każdego roku. – U wielu osób widać niechęć do mediacji wynikającą z niewiedzy i nieznajomości istoty mediacji – podkreśliła Jolanta Orłowska-Heitzman. Jak dodała, w ciągu sześciu lat bycia mediatorem przy OIL w Krakowie doszło do zaledwie kilku postępowań mediacyjnych.

OSOBOWOŚĆ MA ZNACZENIE

W związku z tym, że mediacji nie określają sztywne reguły i w dużym stopniu ma ona nieformalny charakter, dużą rolę odgrywa osobowość mediatora. Lekarze i adwokaci są zgodni, że do każdej sprawy powinien podchodzić indywidualnie, a od jego umiejętności i doświadczenia w znacznym stopniu zależy powodzenie mediacji. Zdaniem przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego Jacka Miarka, jedną z najważniejszych przyczyn „śląskiego fenomenu” jest talent tamtejszego mediatora dr. Zygryda Wawrzynka. – Jego osobowość sprawia, że strony, początkowo nastroszone, w jego obecności skłonne są

zachowywać się bardziej kompromisowo – mówił Jacek Miarka. Dodał, że aby być dobrym mediatorem, trzeba być dobrym lekarzem, a żeby być dobrym lekarzem, należy być dobrym człowiekiem. Chcąc spopularyzować mediacje, ważną wydaje się szersza edukacja w środowiskach: lekarskim, prawniczym, pacjenckim i ubezpieczeniowym. Niezbędna wydaje się również zmiana przepisów. Kwestię mediacji w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej reguluje rozdział 6 ustawy o izbach lekarskich. Obecnie sprawę do mediacji można skierować jedynie po postawieniu lekarzowi zarzutów, co oznacza, że najpierw musi zostać przeprowadzone postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, a nierzadko również przed sądem lekarskim. – To błędny zapis – zauważył Jacek Miarka, dodając, że im wcześniej rozpoczną się mediacje, tym większa szansa na ich powodzenie, bo kontynuowanie postępowania przez OROZ sprzyja eskalacji żądań. – Należałoby zmienić ustawę, tak aby rzecznicy mieli swobodę w kierowaniu sprawy do mediacji jeszcze przed postawieniem zarzutów. Doświadczony rzecznik już na wstępie może ocenić, która nadaje się do tego, a która nie – podkreślił przewodniczący NSL. Wśród postulowanych zmian przepisów jest modyfikacja art. 113 ustawy o izbach lekarskich – tak, aby pojawiła się możliwość umorzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w przypadku zawarcia ugody. – Zachęciłoby to do pójścia do mediatora i odciążałoby sądy lekarskie – powiedziała Paulina Tomaszewska. Na ważny aspekt zwrócił uwagę RPP, apelując o stworzenie kultury uczenia się personelu medycznego i podmiotów leczniczych na błędach. W jego ocenie trzeba wprowadzić rozwiązania, które zwiększą bezpieczeństwo pacjentów i spowodują poprawę jakości leczenia w placówkach medycznych w oparciu o zasadę „no fault”. Nawiązywał do tego również przewodniczący Zespołu ds. Reformy Systemu Zgłaszania i Rejestrowania Zdarzeń Niepożądanych i Szkód w Ochronie Zdrowia NRL Piotr Pawliszak. Gdyby to się udało, mogłoby być znacznie mniej sporów o rzeczywiste i domniemane błędy medyczne, przez co rzadziej dochodziłoby do batalii sądowych. ■



W PIGULCE

E-recepta: czy kod dostępu można podać przez telefon?

Co w sytuacji, kiedy pacjent zgubił otrzymany od lekarza w formie wydruku kod dostępu niezbędny do realizacji e-recepty? Czy można podać go przez telefon?

Urząd Ochrony Danych Osobowych wyjaśnia, że jest to dopuszczalne, ale tylko w wyjątkowych przypadkach i pod pewnym warunkiem. Zgodnie z art. 96b prawa farmaceutycznego, kod do e-recepty może wydać tylko osoba, która ją wystawiała. Jeżeli był to lekarz, to tylko ten lekarz może pacjentowi taką informację przekazać, jednak jedynie po zweryfikowaniu tożsamości osoby dzwoniącej.

„W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach telemedycyny – z punktu widzenia ochrony danych osobowych, istotne jest właściwe zidentyfikowanie pacjenta. Niewłaściwa identyfikacja pacjenta może prowadzić do udostępnienia informacji osobie nieuprawnionej, która – jeśli dodatkowo dysponowałaby numerem PESEL pacjenta – mogłaby zrealizować receptę, podszywając się pod pacjenta. Potwierdzenie tożsamości rozmówcy powinno odbywać się przy zastosowaniu wdrożonych zasad zapewniających maksymalny poziom ochrony danych osobowych tak, aby udzielone informacje zostały przekazane wyłącznie osobie uprawnionej do uzyskania takich informacji” – napisano na stronie UODO.

W przypadku wątpliwości dotyczących tożsamości osoby dzwoniącej powinno się odmówić udzielenia takiej informacji.

UODO ostrzega przed osobami, które w ostatnim czasie pojawiają się u przedsiębiorców i podają za kontrolerów Urzędu Ochrony Danych Osobowych. UODO informuje, że zanim pojawi się upoważniony do przeprowadzenia kontroli pracownik urzędu, dany podmiot zostanie uprzednio zawiadomiony o takiej wizycie pisemnie i telefonicznie, a pracownik przedstawi niezbędne upoważnienia. ■



gazetalekarska.pl

BDO: odroczenie terminu

31 stycznia weszła w życie ustawa z dnia 23 stycznia 2020 r. o zmianie ustawy o odpadach oraz niektórych innych ustaw w zakresie dotyczącym prowadzenia ewidencji i składania sprawozdań w bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami (BDO).

Nowelizacja ustawy wprowadziła przesunięcie terminów na złożenie sprawozdań w wersji elektronicznej dotyczących gospodarki odpadami za rok 2019 do 30 czerwca 2020 r. Dopuszczono prowadzenie ewidencji równoległe w BDO oraz w formie papierowej w terminie do 30 czerwca br., o ile przekazujący odpady wystawi kartę przekazania odpadów (KPO) lub kartę przekazania odpadów komunalnych (KPOK) w tej formie. Przedsiębiorcy, którzy dostosowali już swoje działania do prowadzenia ewidencji w sposób elektroniczny, mogą rozliczać się za pośrednictwem BDO. ■

RPP częściej włącza się w sprawy

Rzecznik Praw Pacjenta aktywnie korzysta ze swoich uprawnień pozwalających na wytaczanie powództwa na rzecz pacjentów oraz przyłączanie się do już toczących się postępowań cywilnych. W 2019 r. uczestniczył w 21 nowych sprawach sądowych, podczas gdy w 2018 r. wykorzystał tę kompetencję w zaledwie 9 przypadkach.

Rzecznik podejmuje takie działania na wniosek strony lub z urzędu. Działa na prawach przysługujących prokuratorowi. W postępowania sądowe włącza się zwłaszcza wtedy, gdy pacjent sam nie jest w stanie skutecznie dochodzić swoich roszczeń (m.in. dzieci i seniorzy) albo gdy dana sprawa może mieć dużą doniosłość dla kształtowania się orzecznictwa sądów.

W ostatnich miesiącach zakończyło się kilka spraw sądowych z powództwa RPP o zapłatę zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta. Jedną z nich dotyczyła starszej pacjentki (79 lat), która po upadku była dwukrotnie hospitalizowana, jednak personel szpitala nie rozpoznał u niej złamania kości ł-

nowej. Sąd Rejonowy w Olsztynie prawomocnym wyrokiem zasądził zadośćuczynienie na rzecz pacjentki (sygn. X C 1431/16). Kolejną to sprawa niepełnosprawnego dziecka (12 lat) i nieprzestrzegania uprawnień wynikających z ustawy „Za życiem”. Pacjentowi przychodzi stomatologiczna odmówiła przyjęcia poza kolejnością, mimo dokuczliwego bólu zęba. Sąd Rejonowy w Częstochowie przyznał zadośćuczynienie pieniężne z tytułu naruszenia praw pacjenta (sygn. I C 4049/17). Za należytą staranność podmiotu leczniczego (lekarz z SOR nie rozpoznał złamania ręki u 6-latkę) Sąd Okręgowy w Kielcach przyznał dziecku zadośćuczynienie z tytułu naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (sygn. II Ca 363/19).

Największy odsetek spraw prowadzonych przed sądami cywilnymi przez rzecznika dotyczy jednak nieprawidłowej opieki okołoporodowej.

Rok 2020 Rzecznik Praw Pacjenta ustanowił rokiem seniora. ■



ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Wycena do korekty!

W sprawie tej nie chodzi o same wyliczenia, nie na gruncie matematyki toczy się nasz spór z władzami publicznymi. I zapewne nie rachunkowość jest kluczem do wyjścia z tego kryzysu.

O ile tematyka tych comiesięcznych felietonów ustala się zazwyczaj w ostatniej chwili i zwykle wybór nie jest oczywisty, o tyle główny temat dzisiejszego tekstu mógł być tylko jeden. I wiadomo to już od trzech tygodni.

31 stycznia Komisja Stomatologiczna NRL podjęła uchwałę wzywającą stomatologów realizujących umowę z NFZ do złożenia w oddziałach NFZ wniosków o dostosowanie warunków finansowych umów do poważnej wyżki kosztów, jaka z całą wyrazistością objawiła nam się w ostatnich miesiącach. Zwykle przedsiębiorstwa działające w ramach rozwiniętych gospodarek mają jakieś możliwości kompensowania takich niekorzystnych zjawisk, o ile do momentu kryzysu działają w naturalnych warunkach realnej wyceny wytwarzanych przez siebie dóbr. Co począć jednak, gdy na już wcześniej (poprzednie konkursy) niedofinansowane umowy nałoży się jeszcze przysłowiowa „siła złego” w postaci dodatkowych obowiązków, podwyżki płac i ogólna drożyzna?

Wtedy niestety możliwości kompensacyjne są prawie żadne. I w zasadzie, hołdując staropolskiej zasadzie „mądrej głowie dość po słowie”,

nałóżoby zwolnić Czytelników z czytania szczegółów, bo i co tu dodać? No, może to, że w odróżnieniu od większości podmiotów kontraktujących z NFZ stomatolodzy prowadzą zazwyczaj bardzo jednorodną pod względem spektrum kontraktowanych zakresów działalność. Nie mamy w paśmie swoich umów żadnych mniej i bardziej rentownych zakresów. Musimy więc polegać na rentowności tego zakresu, który mamy najczęściej jako jedyny zakontraktowany.

Wiadomo, że nie chodzi o wyliczenia i to nie na gruncie matematyki toczy się nasz spór z władzą publiczną. Przecież, jeśli wyliczyliśmy ostatnio, że świadczenia endodontyczne, skalkulowane po zwykłych cenach narzędzi i materiałów oraz według podstawowych stawek godzinowych pracy, powinny być wycenione nie jako procent, a jako krotkość wyżej, niż są obecnie, to o ile musielibyśmy się pomylić, aby postulat znaczącego wzrostu wyceny punktu miał być niezasadny? Oczywiście, nie wszystko jest tak samo niedoszacowane, ale nie sposób zmienić coś zasadniczo w stomatologii publicznej za pomocą kosmetycznych korekt.

Skoro nie matematyka jest problemem, to co nim jest? Chyba jakieś podskórne, błędne przeświadczenie i przyzwolenie na ten sposób rozumowania, według którego nawet niekorzystny kontrakt per saldo napędza klientelę prywatną, że przecież dorabiamy sobie prywatnymi zabiegami, protetyką i Bóg wie, czym jeszcze. Myślenie chyba jeszcze z czasów, kiedy lekarzom też mniej płacono za dniówkę, bo przecież mają dyżury.

Odwiedźcie naszą stronę w serwisie stomatologicznym NIL. Stamtąd dostaniecie się na strony swoich okręgowych komisji stomatologicznych, które organizują składanie wniosków do oddziałów NFZ.

Na głównej stronie stomatologicznej KS NRL <https://stom.hipokrates.org> znajdziecie cały nowy serwis, który niedawno zapowiadałem. Nieograniczana liczba znaków i spacji przestrzeni może odpowiedzieć na dużo więcej pytań, niż drukowany periodyk. Do niemałej już puli pytań każdy niemal tydzień dorzuca nowe. W Sejmie – ustawa, na tapecie – poważne zmiany w radiologii stomatologicznej. Na dodatek świat nie chce nam nawet uwierzyć, ilu nas jest. ■



Strona stomatologiczna KS NRL
<https://stom.hipokrates.org>

STOMATOLOGIA

Apel do NFZ o urealnienie wycen

Z danych NFZ wynika, że maleje liczba podpisywanych kontraktów na leczenie stomatologiczne finansowane ze środków publicznych. W 2018 r. zawarto ich 7121, a w 2019 r. było ich już o 730 mniej.

Zbyt niskie wyceny świadczeń stomatologicznych sprawiły, że ortodondzi coraz liczniej wypowiadają umowy, a lekarze z gabinetów ogólnodentystycznych deklarują, że dotrzymają do końca pięcioletnich umów, ale nie będą przystępować do kolejnych konkursów.

W związku z tą trudną sytuacją Komisja Stomatologiczna NRL 31 stycznia podjęła uchwałę (nr 1/2020) w sprawie działań zmierzających do dostosowania warunków umów o udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych do aktualnych kosztów realizacji tych umów. Apeluje w niej do lekarzy dentystów realizujących umowę z NFZ do wzięcia udziału w akcji polegającej na składaniu wniosków o zmianę warunków umowy do właściwych oddziałów NFZ.

Postulat ten w pełni popiera Prezydium NRL, zauważając jednocześnie, że na lekarzy dentystów nakładane są nowe, skutkujące znacznym obciążeniem finansowym, obowiązki; wartość jednostek rozliczeniowych kontraktu z NFZ jest od wielu lat utrzymywana na stałym poziomie, a niekiedy nawet zmniejszana; w umowach o udzielanie świadczeń w tym rodzaju, wbrew oficjalnym zapowiedziom NFZ, nie dokonano korekty wyceny związanej ze wzrostem kosztów udzielania świadczeń. ■

Więcej o akcji w felietonie wiceprezesa NRL A. Cisko „Wycena do korekty!” na s. 33.

Stres związany ze skargami pacjentów



Przeprowadzone w Wielkiej Brytanii badanie Confidence Monitor 2019 pokazało, że pracy stomatologów towarzyszy duży stres. Ankiętę Dentistry Confidence Monitor wypełniło ponad 400 lekarzy dentystów.

90 proc. stomatologów praktykujących głównie w National Health Service (NHS) jest zaniepokojonych lub bardzo zaniepokojonych ryzykiem zgłoszenia roszczeń przez pacjentów. Wśród osób pracujących głównie w praktykach prywatnych lub wyłącznie w praktykach prywatnych możliwością zgłoszenia takich skarg bardzo niepokoi się 59 proc. ankietowanych.

Badanie BDA wykazało również, że 43 proc. lekarzy dentystów nie radzi sobie z poziomem stresu w pracy, a najczęstszą jego przyczyną są właśnie skargi pacjentów albo spory sądowe.

84 proc. pracujących w ramach NHS uważa, że obecna praca negatywnie wpłynęła na ich zdrowie psychiczne, 51 proc. lekarzy dentystów udzielających świadczeń w praktykach prywatnych deklarowało to samo. 72 proc. wszystkich respondentów przyznało, że nie wie, do kogo zwrócić się o wsparcie, jeśli będą mieli problem z nadmiernym zestresowaniem lub będą zaniepokojeni swoim zdrowiem psychicznym.

Przykład jednego z komentarzy respondentów: „żadna kryształowa kula nie jest w stanie przewidzieć, co będzie się zdarzać, a przy obecnym klimacie sporów boję się, jak długo zdołam przetrwać”.

Jak zauważają autorzy raportu, komentarze ankietowanych ukazują obraz rozczarowanego zawodu, który stracił wiarę w kluczowe autorytety, a organy takie jak NHS mają wiele do zrobienia. ■

Ilu jest stomatologów?

10

lutego wiceprezes NRL Andrzej Cisko skierował pismo do dyrektora generalnej Eurostatu Mariany Kotzevy. „W piśmie tym prostuję się wspomniane dane, podając, że w chwili obecnej prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty posiada w Polsce 42 425 osób, spośród których większość to lekarze dentyści zarejestrowani jako wykonujący zawód” – czytamy na stronie internetowej NIL.

W listopadzie NIL zwróciła się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wyjaśnienia dotyczące liczby lekarzy dentystów pracujących w Polsce, którą – rzekomo na podstawie danych uzyskanych z resortu – podał Eurostat. Wynikałoby w nich, że w Polsce ten zawód czynnie wykonuje jedynie ok. 12,5 tys. osób. Chcąc zweryfikować liczbę lekarzy dentystów czynnych zawodowo, można posłużyć się danymi z Centralnego Rejestru Lekarzy RP, którzy nie osiągnęli wieku emerytalnego, gdzie figuruje 31 tys. lekarzy dentystów tylko wśród kobiet poniżej 60 r.ż. i mężczyzn poniżej 65 r.ż. „Specyfika rynku stomatologicznego, niezmiernie rzadkie w przypadku tej grupy zawodowej przypadki wykonywania innego zawodu niż wyuczony oraz powszechne zjawisko kontynuowania pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego każą przyjąć podawane przez NRL dane za wiarygodne” – podano w opublikowanym komunikacie. ■

STOMATOLOGIA

20 marca Polska mówi #aaa!

W tym dniu szczególnie głośno i wyraźnie należy mówić, że o zęby trzeba dbać. 20 marca obchodzony jest bowiem Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej, uchwalony przez Światową Federację Dentystyczną (FDI).

Kampania „Polska mówi #aaa!”, realizowana przez Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, ma lokalnie inspirować do działań prozdrowotnych oraz integrować wszelkie podejmowane inicjatywy. W tym roku ma dodatkowo zwrócić uwagę na kwestię zdrowego odżywiania, zachęcić do ograniczenia spożycia cukrów, a zwłaszcza napojów słodzonych. Oprócz tego tematu kampania będzie zwracać uwagę na profilaktykę nowotworów jamy ustnej.



Organizatorzy ze swoim przekazem chcą dotrzeć szczególnie mocno do przedszkoli i szkół, rodziców i opiekunów. „Wierzymy, że rozpędzi to lawinę pomysłów i inicjatyw, które szybko zostaną zarejestrowane na mapie dostępnej na www.polskamowiaaaa.pl. Sukcesem będzie zaangażowanie profesjonalistów – lekarzy i lekarzy dentystów, higienistek, dietetyków, onkologów czy diabetologów – kto ma przekazywać wiedzę, jak nie oni?” – czytamy na stronie PTS. ■



gazetalekarska.pl

Smartfony wesprą stomatologów?



Zdalna ocena stanu zdrowia i higieny jamy ustnej przy pomocy smartfona wyposażonego w aparat z odpowiednią aplikacją i algorytmem sztucznej inteligencji jest już możliwa.

Dzięki nowoczesnej technologii, już wprowadzonej przez niektóre podmioty lecznicze, pacjent może samodzielnie, w dogodnym dla siebie miejscu i czasie, wykonać skan uzębienia i przesłać go za pośrednictwem aplikacji. Dane zostaną poddane analizie i przekazane do lekarza dentysty.

Technologia ta w pierwszej kolejności ma być wykorzystywana w badaniach przesiewowych, profilaktyce stomatologicznej, a także w ortodoncji i wczesnym wykrywaniu chorób dziąseł. ■

Nagrodzona za dorobek życia

Prof. Teresa Bachanek otrzymała nagrodę honorową za dorobek życia w stomatologii „Złoty Otis 2020”.

W latach 1995-2016 była kierownikiem Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej z Endodencją, czterokrotnie pełniła funkcję prodziekana I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym UM (1996, 1999, 2008, 2012), a w latach 2002-2005 była prorektorem ds. Studenckich AM w Lublinie.

Oprócz pracy na uczelni prof. Teresa Bachanek angażowała się w wiele inicjatyw społecznych, była m.in. założycielem i prezydentem Polskiego Towarzystwa Edukacji Medycznej-Dentystycznej „Sapientia” (2013-2019) oraz organizatorem dwudziestu Konferencji Okrągłego Stołu.

Za wybitne zasługi w pracy naukowej-dydaktycznej na rzecz ochrony



i profilaktyki zdrowia oraz za działalność społeczną została odznaczona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Statuetki „Złoty Otis 2020” zostaną wręczone 16 kwietnia 2020 r. w Pałacu Staszica Polskiej Akademii Nauk w Warszawie. ■

STOMATOLOGIA

Burnout syndrome

Polscy stomatolodzy są zagrożeni wypaleniem zawodowym.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Wyczerpanie emocjonalne, praca w pojedynkę, wysokie wymagania wobec prowadzących prywatne praktyki, restrykcyjne przepisy, nieumiejętność relaksowania się – to jedne z najczęstszych przyczyn wypalenia zawodowego wśród lekarzy dentyków.

Polskie Towarzystwo Stomatologiczne przeprowadziło badania, z których wynika, że poziom wypalenia zawodowego w tej grupie zawodowej jest znacznie wyższy niż wśród lekarzy innych specjalności, menadżerów, a także policjantów i strażaków, których praca także wymaga bezpośredniego kontaktu z ludźmi, jest stresogenna, a ponadto zagraża życiu. PTS chce zmienić tę sytuację.

ZAWÓD HYBRYDA

W badaniu posłużono się psychologicznym kwestionariuszem wypalenia zawodowego Christiny Maslach, który drogą internetową wypełniło 353 aktywnych zawodowo lekarzy dentyków. Po przeanalizowaniu uzyskanych odpowiedzi widać, że poziom wypalenia zawodowego polskich stomatologów osiągnął 27,9 punktów i jest znacząco wyższy niż uzyskany w badaniach prowadzonych wśród lekarzy innych specjalności (18 pkt), policjantów (16,7 pkt), menadżerów (15,6 pkt), strażaków (9,3 pkt).

Kierujący zespołem realizującym projekt dr Artur Pitułaj, adiunkt

w Katedrze i Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu, mówi że badanie uwzględniło dane, które można było obiektywnie ze sobą porównać. – Wybraliśmy test, który można zastosować do różnych grup zawodowych, cechujących się stałym kontaktem z drugim człowiekiem, dzięki czemu uzyskany wynik można uznać za obiektywny – wyjaśnia Artur Pitułaj, podkreślając jednocześnie, że zawód stomatologa ma charakter hybrydowy. To znaczy, że z jednej strony jest się lekarzem, co wiąże się z szerokim zakresem wykonywanych czynności leczniczych i profilaktycznych, z drugiej – przedsiębiorcą, ponieważ w Polsce stomatologia bazuje przede wszystkim na indywidualnych i grupowych praktykach, a to wymaga kontaktu z całą machiną biurokratyczną, związaną z prowadzeniem biznesu. Zatem bycie lekarzem dentyką i menadżerem podwójnie naraża na wypalenie zawodowe.

Odpowiedzi respondentów wskazują też na wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego, szczególnie wśród dentyków łączących pracę zarówno w gabinecie prywatnym, jak i w tym świadczącym usługi w ramach NFZ. Może też pojawić się depersonalizacja, która nie jest jeszcze objawem choroby, ale wiąże się ze skrajnym przemęceniem. Średni wynik depersonalizacji w badanej grupie stomatologów wynosił 7,35 pkt, a lekarzy innych specjalności – 7,4 pkt. To nieznacznie mniej niż w grupie policjantów (7,5 pkt). Dla porównania, średnia liczba

punktów w grupie menadżerów wynosiła 5,1, a strażaków – 3,6.

ONI WYPALAJĄ SIĘ SZYBCIEJ

Dr Artur Pitułaj podkreśla, że szybciej wypalają się jednostki alfa, urodzeni liderzy, osoby czerpiące satysfakcję z rywalizacji – jednym słowem ci najbardziej ambitni. Badania potwierdzają też, że najczęściej są to osoby młode. Starsze pokolenie jest od nich bardziej odporne psychicznie. – Wyniki naszych badań dowodzą, że ryzyko wypalenia zawodowego zmniejsza się z wiekiem i ta informacja będzie istotna dla opracowania strategii działań, jakie PTS zamierza podjąć, aby przeciwdziałać zjawisku wypalenia zawodowego – tłumaczy Artur Pitułaj.

Już jesienią towarzystwo zamierza zorganizować dla lekarzy dentyków warsztaty z zakresu psychologii, ukierunkowane na radzenie sobie ze stresem. Zajęcia będą także obejmowały zagadnienia komunikacji interpersonalnej. PTS chce nawiązać współpracę z terapeutami, którzy zorganizowaliby także warsztaty dotyczące strony biznesowej działalności, a więc prowadzenia indywidualnych praktyk przez lekarzy dentyków.

Prof. Andrzej Kiejna, psychiatra z Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, prowadzący zajęcia z psychologii medycznej dla studentów stomatologii, tłumaczy, że w zespole wypalenia zawodowego, definiowanym jako stan wyczerpania emocjonalnego i psychicznego, występują objawy

UWAŻAJ

Szybciej wypalają się jednostki alfa, urodzeni liderzy, osoby czerpiące satysfakcję z rywalizacji – jednym słowem ci najbardziej ambitni.

Poziom wypalenia zawodowego w wybranych zawodach w Polsce wg skali Christiny Maslach

STOMATOLODZY **27,9** pkt

LEKARZE INNYCH SPECJALNOŚCI **18** pkt

POLICJANCI **16,7** pkt

MENADŻEROWIE **15,6** pkt

STRAŻACY **9,3** pkt

źródło: PTS

fizyczne i behawioralne – zniechęcenie do wykonywanej pracy, stałe napięcie psychofizyczne, drażliwość i konfliktowość. Osoby dotknięte wypaleniem ograniczają się do formalnych kontaktów międzyludzkich, unikając relacji wymagających zaangażowania. Traktują ludzi przedmiotowo, ignorują ich potrzeby, stają się obojętni. Mają zaniżoną samoocenę i wiarę we własne kompetencje. Problemom w sferze psychologicznej i emocjonalnej towarzyszą objawy somatyczne: chroniczne zmęczenie, przewlekłe bóle brzucha, kręgosłupa, głowy, mdłości. – Wypalenie zawodowe jest zjawiskiem wieloczynnikowym, chociaż kluczowe jest tu zgeneralizowane doświadczanie niepowodzenia w zmaganiu się ze stresem i obciążeniami emocjonalnymi wykonywanego zawodu. Nie tyle jednak jest ono bezpośrednim skutkiem przewlekłego stresu zawodowego, ile stresu niezmodyfikowanego własną aktywnością zaradczą – zaznacza prof. Andrzej Kiejna. Burnout syndromem najbardziej zagrożeni są ludzie, którzy w wykonywanie swojego zawodu wkładają dużo serca i energii.

Profesor zwraca uwagę, że w zawodzie stomatologa ciągle trzeba się doskonalić, podnosić kwalifikacje, uzyskiwać specjalizacje, organizować i wyposażać gabinet, a ta konieczność pogodzenia wielu ról sprawia, że pasja napotyka na wiele trudności i rozczarowań. Przekonuje, że istotą w przeciwdziałaniu pojawieniu się syndromu wypalenia jest uczenie lekarzy dentyków kompetencji miękkich i ich roli

w budowaniu relacji na linii stomatolog-pacjent, a także poznawanie mechanizmów psychologicznych doprowadzających do wypalenia zawodowego. Stała współpraca z psychologami powinna być więc wpisana w wykonywanie zawodu lekarza dentystry.

CHOROBA Z73

W Wielkiej Brytanii burnout syndrome dotyka 50 proc. stomatologów, a w USA jego objawów doświadczyło nawet 80 proc. wykonujących ten zawód. Ponieważ jest to poważny problem społeczny i zdrowotny, WHO wprowadziła zespół wypalenia zawodowego do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), jako Z73.

Dr Jacek Woszczyk, członek Prezydium Komisji Stomatologicznej NRL, zaznacza, że problem wypalenia zawodowego wśród lekarzy dentyków ma wiele przyczyn i przejawia się w różnych konfiguracjach. Zwraca uwagę, że należałoby pozwolić stomatologowi na zatrudnianie w indywidualnej i grupowej praktyce dentystrycznej innych lekarzy dentyków. W świetle obowiązującego prawa jest to niemożliwe. Można w nich zatrudniać np. rejestratorkę, pomoc stomatologiczną, higienistkę, sprzątaczkę, ale nie innego lekarza dentystry, chyba że w celach szkoleniowych, co swego czasu wywalczyli członkowie KS NRL. Od kilku lat lekarze dentyści próbują zmienić prawo, ale bez skutku. Wydawało się, że umożliwi to nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ale najnowszy projekt ministerialny nie

wnosi niczego nowego w tym zakresie. – Miałem kolegę, bardzo zdolnego stomatologa z ambicjami i perspektywami, który prowadził własną praktykę, ale już nie żyje. Zawsze powtarzał, że brak kontaktu z innym lekarzem w praktyce działał na niego bardzo destrukcyjnie. Jeśli dołożyć do tego stres z powodu wykonywanej pracy i ogromu obowiązków administracyjnych związanych z prowadzeniem praktyki, to jestem przekonany, że był ofiarą wypalenia zawodowego, choć wtedy nazywało się to skrajnym wyczerpaniem – tłumaczy dr Jacek Woszczyk i zastanawia się, czy gdyby jego kolega mógł zatrudnić innego lekarza dentystry, z którym dzieliłby się obowiązkami, jego losy potoczyłyby się inaczej. Uważa, że embargo na zatrudnianie kolegów lekarzy we własnych praktykach powinno być już dawno zniesione. Przemawia za tym wiele czynników. Jednym z nich są różne zdarzenia losowe, np. choroba lub wypadek stomatologa prowadzącego indywidualną praktykę. Wówczas trzeba na jakiś czas zamknąć gabinet. Traci na tym pacjent, który musi przerwać leczenie, i lekarz, który w tym czasie nie może zarabiać i odprowadzać składki ZUS. Tego rodzaju sytuacje dotyczą głównie praktyk indywidualnych, które stanowią większość na rynku usług stomatologicznych (sięgają 75 proc.). Innym czynnikiem torującym drogę do wypalenia zawodowego jest coraz częstsze przejmowanie rynku usług stomatologicznych przez korporacje, w których zatrudnieni lekarze dentyści pracują pod wielką presją. ■

WAŻNE

Burnout syndromem najbardziej zagrożeni są ludzie, którzy w wykonywanie swojego zawodu wkładają dużo serca i energii.

BIULETYN

NR 1 (194)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, I 2020

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 31 stycznia 2020 r.

UCHWAŁA Nr 1/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 stycznia 2020 r. w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2020

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2020 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski *Andrzej Matyja*

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

STANOWISKO Nr 1/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 stycznia 2020 r. w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazanych przy piśmie Pana Dariusza Salamończyka – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 16 stycznia 2020 r., znak: SPS-WP-173-8/20, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski *Andrzej Matyja*

STANOWISKO Nr 2/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 stycznia 2020 r. w sprawie projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2020

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2020, nadesłanym przy piśmie Pana Dariusza Salamończyka – Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 2 stycznia 2020 r., znak: SPS-WP-173-1/20, negatywnie opiniuje przewidziane w art. 32 projektu ustawy finansowanie w roku 2020 r. leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski *Andrzej Matyja*

STANOWISKO Nr 3/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 stycznia 2020 r. w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazanych przy piśmie z dnia 16 stycznia 2020 r., znak: SPS-WP-173-7/20, popiera zaproponowane w projekcie zwiększenie procenta Produktu Krajowego Brutto

przeznaczanego na finansowanie ochrony zdrowia. Samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał, że wysokość PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia nie wzrasta w odpowiednio szybkim tempie, szczególnie biorąc pod uwagę szybko zachodzące w polskim społeczeństwie zmiany demograficzne i szeregi innych czynników mających wpływ na zapotrzebowanie finansowe w odniesieniu do tak ważnego obszaru życia publicznego jakim jest opieka zdrowotna.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska postuluje, aby do przewidzianych w projekcie ustawy minimalnych nakładów przeznaczanych na ochronę zdrowia zaliczać wyłącznie wydatki przeznaczane bezpośrednio na finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski *Andrzej Matyja*

STANOWISKO Nr 4/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 31 stycznia 2020 r. w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazanych przy piśmie z dnia 8 stycznia 2020 r., znak: SPS-WP-173-3/20, popiera proponowane w projekcie zwiększenie procenta Produktu Krajowego Brutto przeznaczanego na finansowanie ochrony zdrowia. Samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał, że wysokość PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia nie wzrasta w odpowiednio szybkim tempie, szczególnie biorąc pod uwagę szybko zachodzące w polskim społeczeństwie

zmiany demograficzne i szereg innych czynników mających wpływ na zapotrzebowanie finansowe w odniesieniu do tak ważnego obszaru życia publicznego jakim jest opieka zdrowotna.

NRL pozytywnie ocenia także zaproponowaną w projekcie ustawy zmianę sposobu obliczania PKB na potrzeby realizacji założeń ustawy. Obecnie stosowany sposób ustalania wydatków na ochronę zdrowia w oparciu o historyczny wskaźnik PKB (sprzed dwóch lat) nie realizuje oczekiwań społecznych w zakresie istotnej poprawy polskiego systemu opieki zdrowotnej. Pozytywnie zatem należy odnieść się do wyrażonej w projekcie próby uaktualnienia wartości PKB, który stanowi następnie podstawę do ustalenia wartości wydatków przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska postuluje, aby do przewidzianych w projekcie ustawy minimalnych nakładów przeznaczanych na ochronę zdrowia zaliczać wyłącznie wydatki przeznaczane bezpośrednio na finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 5/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 31 stycznia 2020 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 (druk sejmowy nr 172), dostrzega, że w dużej mierze wychodzi on na przeciw oczekiwaniom środowiska lekarskiego dotyczącym kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, odnotowuje jednak, że znaczna część uwag zgłoszonych do przedmiotowego projektu przez samorząd lekarski na etapie konsultacji publicznych nie została uwzględniona.

Naczelna Rada Lekarska pozytywnie ocenia wprowadzenie wymogu, aby terminy LEK i LDEK dyrektor CEM ogłaszał co najmniej na 6 miesięcy przed planowanym egzaminem, jak również możliwość bezpłatnego złożenia po raz drugi LEK albo LDEK w przypadku braku zaliczenia tego egzaminu w pierwszym podejściu albo nieprzystąpienia do niego. Na pozytywną ocenę zasługuje również określenie w projekcie, że w trakcie odbywania stażu podyplomowego lekarz będzie mógł przeznaczyć 6 dni na udział w dodatkowych konferencjach, kursach lub szkoleniach. Pozytywnie należy przyjąć także zawarty w projekcie ustawy zapis, że lekarz, który został zakwalifikowany

do odbywania rezydentury i rozpoczął szkolenie specjalizacyjne, może, bez podawania przyczyny, złożyć ponowny wniosek o odbywanie rezydentury w innej dziedzinie medycyny nie więcej niż jeden raz. Pozytywnie należy ocenić także regulację przewidującą, że lekarz odbywający specjalizację może pracować w systemie zmianowym tylko, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie, a także gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne oraz kierownik specjalizacji, pod którego nadzorem jest lekarz, pracują na tej samej zmianie, albo może pracować w równoważnym czasie pracy tylko, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie i system ten jest stosowany do wszystkich lekarzy w jednostce akredytowanej.

Na poparcie zastręgie również regulacja umożliwiającą lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne wyrażenie braku zgody na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych przez 1 rok od rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego. Istotnym rozwiązaniem dla lekarzy korzystających z uprawnień związanych z rodzicielstwem lub ze stanem zdrowia wynikającym z ustalonej orzeczeniem lekarskim czasowej niemożności wykonywania niektórych czynności zawodowych w określonych warunkach z przyczyn zdrowotnych jest to, że osoby te nie mogą być obowiązane do pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego w porze nocnej lub w wymiarze łącznie przekraczającym 50% wymiaru czasu pracy w ramach pełnienia dyżurów. Na pozytywną ocenę zasługuje rozwiązanie przewidujące, że w przypadku pełnienia dyżuru medycznego objętego programem szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze uniemożliwiającym skorzystanie przez lekarza z prawa do co najmniej 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego odpoczynku, lekarzowi powinien być udzielony okres odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Co istotne – okres tego odpoczynku nie będzie powodował wydłużenia szkolenia specjalizacyjnego. Bardzo istotne jest również to, że okres tego odpoczynku po zakończonym dyżurze wlicza się lekarzowi do podstawowego wymiaru czasu pracy. Korzystanie przez lekarza z okresu odpoczynku nie powoduje zatem obniżenia wynagrodzenia należnego na podstawie umowy o pracę.

Naczelna Rada Lekarska pozytywnie ocenia wprowadzenie wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji z zastrzeżeniem jednak, że jest ono wprowadzone na poziomie zdecydowanie niższym niż postulowany przez środowisko lekarskie i nieadekwatnym do zakresu obowiązków i odpowiedzialności kierownika specjalizacji.

Korzystnym rozwiązaniem jest także wprowadzenie 6-dniowego płatnego urlopu szkoleniowego dla lekarzy, którzy nie odbywają specjalizacji.

Pomimo powyższych, pozytywnie ocenianych zmian, projekt nie realizuje wszystkich oczekiwań środowiska lekarskiego, czyniąc projektowaną reformę niepełną. Wśród zagadnień budzących największe rozczarowanie środowiska lekarskiego wskazać należy w szczególności:

1) wprowadzenie uproszczonego trybu przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE;

W ocenie NRL zaproponowany w projekcie uproszczony tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE jest całkowicie nieuzasadniony zarówno z punktu widzenia bezpieczeństwa polskiego pacjenta, zgodności z prawem Unii Europejskiej, jak również prawidłowości funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

Projektowane przepisy nie wskazują odpowiednich kryteriów weryfikacji faktycznej wiedzy i umiejętności lekarzy. Oznacza to, że weryfikacja przedkładanej w tym trybie przez cudzoziemców dokumentacji, w szczególności dotyczącej uzyskanej specjalizacji i doświadczenia zawodowego, będzie utrudniona, o ile w ogóle możliwa.

Naczelna Rada Lekarska wnosi o odstąpienie do wprowadzania takich regulacji. Ewentualne wprowadzanie takich ułatwień w przyszłości, jako niosące realne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów, powinno być poprzedzone szeroką debatą publiczną z udziałem organizacji pacjenckich oraz wszystkich organizacji zrzeszających pracowników zawodów medycznych. W szczególności wprowadzenie takich ułatwień dla lekarzy specjalistów spoza UE w specjalnościach lekarsko-dentystycznych w obliczu 3% rezydentur przyznawanych dla lekarzy dentystów nabiera szczególnej wymowy.

2) różnicowanie procedury uznawania stażu podyplomowego odbytego za granicą za równoważny w całości albo w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej (art. 15j) w zależności od tego, czy był on odbyty w państwie członkowskim UE czy w tzw. państwie trzecim;

W ocenie NRL nie ma uzasadnienia dla różnicowania trybu uznawania przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego w zależności od tego, czy był on odbyty w państwie członkowskim UE, czy w tzw. państwie trzecim. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku uznanie stażu przez Ministra Zdrowia powinno następować po zasięgnięciu opinii zespołu ekspertów;

3) brak zwolnienia od obowiązku odbycia stażu podyplomowego i składania egzaminu LEK / LDEK dla lekarzy i lekarzy dentystów posiadających dyplom polskiej uczelni, którzy po ukończeniu studiów, ale bez odbycia stażu podyplomowego lub bez złożenia egzaminu LEK albo LDEK, wyjechali za granicę i tam wykonują swój zawód;

Spora grupa osób, w przeważającej części obywateli polskich, które od wielu lat pracują w innych państwach Unii Europejskiej oraz w państwach nienależących do UE, mają bogate doświadczenie zawodowe i ugruntowaną pozycję, posiadają tytuły specjalistów, wyraża obecnie chęć pracy zawodowej w Polsce. W obecnym stanie prawnym osoby takie, bez względu na uzyskane za granicą doświadczenie, kwalifikacje, czy stopnie i tytuły naukowe, muszą w celu uzyskania w Polsce prawa wykonywania zawodu odbyć staż podyplomowy lub uzyskać jego uznanie przez Ministra Zdrowia i złożyć z wynikiem pozytywnym egzamin LEK albo LDEK. W przypadku takich lekarzy powyższe wymogi wydają się nie być w pełni uzasadnione i mogą być postrzegane jako nadmierna przeszkoda, powodująca, że lekarze odpuszczają od zamiaru powrotu do Polski;

4) brak poszerzenia kompetencji izb lekarskich w zakresie kształcenia podyplomowego; NRL proponowała przeniesienie kompetencji urzędów wojewódzkich w zakresie kształcenia lekarzy / lekarzy dentystów na izby lekarskie. Izby lekarskie prowadzą sprawy lekarzy i lekarzy dentystów od momentu ukończenia studiów, bardzo dobrze realizują misję prowadzenia stażu podyplomowego. Naturalnym wydaje się prowadzenie całej administracyjnej części kształcenia podyplomowego przez samorząd lekarski – jest to rozwiązanie, które od wielu lat funkcjonuje i sprawdza się np. w Niemczech. NRL proponowała powierzenie samorządowi lekarskiemu odpowiedzialności co najmniej za umiejętności jako pierwszego etapu zwiększania udziału izb lekarskich w organizowaniu kształcenia podyplomowego;

5) brak umożliwienia odbywania szkoleń specjalizacyjnych w trybie rezydenckim (w dziedzinach priorytetowych) przez lekarzy, którzy posiadają już tytuł specjalisty; Samorząd lekarski postulował wprowadzenie możliwości uzyskania drugiej specjalizacji w trybie rezydentury w dziedzinach szczególnie ważnych z punktu widzenia polityki i bezpieczeństwa zdrowotnego państwa;

6) brak podniesienia wysokości wynagrodzenia rezydenta oraz wprowadzenia drugiego progu tego wynagrodzenia po zdaniu przez tego lekarza PEMu;

Środowisko lekarskie postulowało, aby wprowadzenie PEM wiązało się ze znaczącym wzrostem wynagrodzenia (o 50% „średniej krajowej”), z możliwością samodzielnego wykonywania wybranych procedur i „uwidocznienia” dla NFZ, czyli z podniesieniem rangi lekarza ze zdaniem egzaminem PEM w oczach zarządzającego jednostką (co umożliwia indywidualne negocjowanie kontraktu, stawek i stymuluje do wykonywania większej ilości pracy w bardziej efektywnym charakterze);

7) brak wydłużenia urlopu szkoleniowego na przygotowanie do PES;

środowisko lekarskie postulowało wydłużenie urlopu szkoleniowego na przygotowanie

się do PES do 25 dni;

8) pominięcie w projekcie regulacji dotyczących lekarzy specjalistów, co wobec projektowanych uprawnień dla lekarzy rezydentów dywersyfikuje charakter ich pracy i przysługujących w jej ramach przywilejów i obowiązków;

Zgodnie z projektowanym art. 16i ust 8 lekarz, odbywając szkolenie specjalistyczne, może opuścić stanowisko pracy po dyżurze w celu zrealizowania prawa do 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego wypoczynku, co nie obniża należnego mu wynagrodzenia, ale lekarz specjalista już nie ma takiego uprawnienia;

9) brak zmiany treści art. 53 ust. 2, polegającej na rozszerzeniu możliwości zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów w praktykach lekarskich, zgodnie z postulatem NRL, wyrażonym w uchwale nr 16/19/VIII z dnia 22 marca 2019 r.;

Jednym z głównych powodów niedostatecznej liczby miejsc akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych jest fakt, iż podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w zakresie stomatologii (w przeważającej większości praktyki lekarskie) są zbyt małymi przedsiębiorstwami, aby mogły w większym niż dotąd stopniu uczestniczyć w kształceniu podyplomowym. Mało prawdopodobne jest, aby praktyka organizowała ad hoc na 3-4 lata nowe stanowisko pracy na potrzeby szkolenia specjalizacyjnego (dodatkowa przestrzeń w ambulatorium, wyposażenie, zaplecze techniczne, liczba stałych pacjentów). To dodatkowe stanowisko w praktyce dentystycznej musi być już utworzone wcześniej i odpowiednim do tego bodźcem byłoby uprawnienie praktyk do zatrudniania jednego stałego współpracownika;

10) brak zmiany przepisu art. 113 oraz towarzyszącej zmiany art. 63 ustawy o izbach lekarskich w zakresie dotyczącym wprowadzenia regulacji przewidującej umorzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w sytuacji postępowania mediacyjnego zakończonego ugodą oraz umożliwiającym prowadzenie postępowania mediacyjnego jeszcze przed postawieniem zarzutów przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej;

W obowiązującym stanie prawnym postępowanie medacyjne może toczyć się z udziałem obwinionego, co literalnie wyklucza możliwość jego prowadzenia na wcześniejszym etapie postępowania tj. przed postawieniem lekarzowi zarzutów, ponadto, w przypadku zakończenia postępowania mediacyjnego ugodą przepisy ustawy o izbach lekarskich nie pozwalają rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej umorzyć postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, co podważa celowość prowadzonego (i zakończonego ugodą) postępowania medacyjnego;

11) projektowane w treści art. 115 ust. 2a ustawy o izbach lekarskich przekazanie wszelkich czynności przewidzianych w ustawie dla ministra właściwego do spraw zdrowia wobec Naczelnej Izby Lekarskiej oraz okręgowych izb lekarskich, w odniesieniu do Wojskowej Izby Lekarskiej Ministrowi Obrony Narodowej jest nieuzasadnione i negatywnie ocenione przez Wojskową Izbę Lekarską. Członkami Wojskowej Izby Lekarskiej są w znacznej części lekarze i lekarze dentyści, którzy nie pozostają w czynnej służbie wojskowej.

UWAGI SZCZEGÓŁOWE:

I dot. art. 1 projektu zmieniającego ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (wskazane w tej części jednostki redakcyjne odnoszą się do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty):

1) w art. 3 ust. 8 pkt 9 weryfikacji uprawnień do dokonywania czynności za pomocą SMK osoby, która ukończyła co najmniej 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim oraz osoby, która ukończyła co najmniej 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym, powinna dokonywać uczelnia medyczna, a nie jak przewiduje projekt, okręgowa izba lekarska właściwa ze względu na siedzibę uczelni;

2) w art. 5:

a) w ust. 1 lit. d należy wyrazi „dyplom lekarza lub lekarza dentysty” zastąpić wyrazami „dyplom ukończenia studiów na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym”;

b) w ust. 3 i 4 należy dokonać zmian interpunkcyjnych w ten sposób, iż przy wyliczaniu po literze ”b” we sformułowaniu „pkt 2 lit. a, b” należy dodać przecinek, usunąć słowo „albo” i usunąć przecinek po lit. d;

3) w art. 6:

a) pożądanym byłoby pozostawienie uchylonego w nowelizacji ust. 10a, który przewiduje, iż w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty, o którym mowa w art. 5 ust. 7, art. 5f albo art. 7 ust. 2, w dokumencie „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” zamieszcza się odpowiednio informację o przyznaniu tego prawa w celu odbycia stażu podyplomowego na czas odbywania tego stażu albo na czas określony niezbędny do odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności. W szczególności, że przedmiotowa regulacja nie została przewidziana w innych przepisach nowelizacji, zaś informacje, których owa zmiana legislacyjna dotyczy, mają istotne znaczenie z punktu widzenia weryfikacji uprawnień zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów;

b) w ust. 6 pkt. 1 powinien otrzymać brzmienie:

„1) art. 5 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 lit. a, b, d albo e oraz pkt 3–5 i ust. 2 albo”;
c) ust. 10 powinien otrzymać brzmienie:
„10. Na podstawie złożonych dokumentów i oświadczeń, o których mowa w ust. 1–7, okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry na podstawie art. 5 ust. 1 albo ust. 7, albo art. 5f, albo art. 7 ust. 1, ust. 1a albo ust. 2 i wydaje dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry.”;
4) w art. 6c
a) w ust. 5 pkt 2 proponuje się ujednolicić terminy składania wniosków, tak aby każdorazowo ostateczny termin ich składania wynosił 1,5 miesiąca, przed, tj. 31 sierpnia roku kalendarzowego, w którym przeprowadzany jest dany egzamin, a nie jak jest w projekcie 31 lipca. Podobne wyprzedzenie – 1,5 miesięczne zachowane jest przy innych egzaminach – LEK/LDEK i PES;
b) w ust. 12 przewiduje się możliwość dołączenia odpisu dyplomu poświadczającego przez pełnomocnika będącego adwokatem lub radcą prawnym. Zaznaczyć należy, że wniosek generowany ze strony CEM nie przewiduje możliwości ujawnienia występującego w imieniu lekarza/ lekarza dentystry pełnomocnika. Jednocześnie ust. 7 przewiduje konieczność podpisania wniosku własnoręcznie przez wnioskodawcę za interesowanego zdaniem LEW/LDEW, więc możliwość występowania w sprawie pełnomocnika jest – z uwagi na wcześniejsze regulacje – wyłączona;
5) w art. 6d ust. 11 pkt 1 brakuje określenia w przepisie minimalnej kwoty wynagrodzenia członków Zespołów Egzaminacyjnych oraz Komisji, o której mowa w art. 6g ust. 2 (przepis przewiduje jedynie wynagrodzenie maksymalne);
6) w art. 7:
a) w art. 7 proponuje się odstąpienie od wprowadzania nowych ust. 2a–2k oraz usunięcia z projektu ustawy wszelkich zmian proponowanych, jako konsekwencja ich wprowadzenia do ustawy.
Projektowane przepisy art. 7 ust. 2–2k dotyczą uproszczonego dostępu lekarzy specjalistów do wykonywania zawodu w Polsce. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej proponowane rozwiązania, z uwagi na zarówno zasadnicze założenia, jak również ich nieprecyzyjne opisanie w proponowanych przepisach mogą prowadzić do realnego zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów. W przypadku nieuwzględnienia powyższego postulatu, należy w odniesieniu do ww. przepisów podnieść, że:
i. ust. 2a przewiduje możliwość przyznawania nowego, szczególnego prawa wykonywania zawodu. Zaznaczyć należy, że przepis ten nie powinien dawać lekarzowi prawa wykonywania zawodu, ale zezwolenie czasowe na wykonywanie zawodu w określonym

zakresie i wyłącznie we wskazanym podmiocie leczniczym. Wprowadzenie powyższego rozróżnienia jest niezbędne, bowiem każdy lekarz, któremu zostało przyznane prawo wykonywania zawodu, musiał przejść odpowiedni proces weryfikacji (np. poprzez nostryfikację), a nowe regulacje przewidują to w ograniczonym zakresie;
ii. ust. 2a nie wskazuje komu szczególne prawo wykonywania zawodu może być przyznane – wyłącznie cudzoziemcowi czy także obywatelowi RP lub z innego kraju UE. Określenie powyższego jest również niemożliwe z uwagi na systematykę przepisu, do którego wskazana regulacja została dodana. Zaznaczyć należy, że art. 7 ustawy w dotychczasowym brzmieniu dotyczy przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarzowi – cudzoziemcowi;
iii. ust. 2a pkt 9 jako jeden z wymogów przyznania szczególnego prawa wykonywania zawodu przewiduje dokonanie oceny czy szkolenie specjalizacyjne, które odbyła osoba ubiegająca się o to prawo, odpowiadało w istotnych elementach merytorycznych programowi szkolenia specjalizacyjnego w RP. Dalsze przepisy nie określają kto i w oparciu o jakie kryteria określa spełnienie tego wymogu;
iv. w ust. 2d i 2e nieuzasadnione jest wyróżnianie w tych przepisach obu grup zawodowych – lekarzy i lekarzy dentystrów, bowiem ustawa ilekroć posługuje się zwrotem lekarz, to dotyczy to także lekarza dentystry;
v. w ust. 2d zdanie drugie należy usunąć zwrot „określone w ust. 2d”;
vi. ust. 2h przewiduje, że okręgowa rada lekarska dokonuje skreślenia lekarza z listy po otrzymaniu powiadomienia o negatywnej opinii lub rozwiązaniu umowy o pracę. Tymczasem zgodnie z art. 7 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich skreślenia lekarza z listy członków dokonuje prezes okręgowej rady lekarskiej w drodze zarządzenia, a nie okręgowa rada lekarska;
vii. ust. 2j przewiduje, że prawo wykonywania zawodu wygasa w wymienionych w nim przypadkach, co jest niespójne z treścią art. 14 ustawy, gdzie ustawodawca posłużył się sformułowaniem „utrata prawa wykonywania zawodu z mocy prawa”, a nie jego wygaśnięciem;
7) w art. 7c:
a) w ust. 1 w miejsce powołanych przepisów: art. 5 ust. 1 oraz art. 7 ust. 1, należy wymienić „art. 6 ust. 10”. Wskazać należy, że przewidziane w projekcie podstawy prawne nie dotyczą dokumentu prawa wykonywania zawodu, ale uprawnienia do wykonywania przez lekarzy i lekarzy dentystrów swojego zawodu;
b) w ust. 2 po wyrazach „Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”,” należy dodać wyrazy „w przypadku przyznania prawa wykonywania zawodu na podstawie,” i usunąć zwrot „o których mowa w”;
8) w art. 7d ust. 1 pkt 2 wyrazy „o których

mowa w art. 7 ust. 1 pkt. 3–5” należy zastąpić wyrazami „o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 2–5”;
9) w art. 9:
a) ust. 2 pomimo negatywnie ocenionej przez samorząd lekarski zmiany polegającej na przekazaniu Naczelnej Radzie Lekarskiej kompetencji do przyjmowania zgłoszeń lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawodów, nie wprowadzono niezbędnych zmian w ust. 5–8 ustawy;
b) ust. 7a przewiduje, że administratorem danych osobowych zawartych w rejestrze, o którym mowa w ust. 5, jest Naczelna Rada Lekarska, tymczasem w myśl art. 9 ust. 5, lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 2, z chwilą złożenia oświadczenia oraz dokumentów, o których mowa w ust. 2, zostaje wpisany do rejestru lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawodów prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską;
c) ust. 12 przewiduje, że zarówno Naczelna Rada Lekarska, jak i okręgowa rada lekarska, będą mogły oceniać tymczasowy i okazjonalny charakter wykonywania zawodu. Z uwagi na fakt, iż prowadzenie rejestru przeniesiono do Naczelnej Rady Lekarskiej, poszczególne okręgowe rady lekarskie nie będą mieć informacji o lekarzu wpisanym do tego rejestru, w tym wskazanych we wniosku danych, które pozwoliłyby ocenić wykonywanie zawodu przez lekarza wpisanego do tego rejestru;
d) w ust. 14 odwołując się do rozdziału z ustawy o izbach lekarskich należy wskazać numer rozdziału pisany cyfrą arabską, bowiem ustawa o izbach lekarskich posługuje się taką numeracją;
e) ust. 15 przewiduje obowiązek składania dokumentów, o których mowa w ust. 2, okręgowej radzie lekarskiej, podczas gdy ust. 2 w proponowanym brzmieniu przewiduje już obowiązek składania tychże dokumentów Naczelnej Radzie Lekarskiej – projektowana zmiana art. 9 ust. 15 jest zatem niespójna z opisanymi powyżej zmianami art. 9;
10) w art. 14a:
a) w ust. 8 proponuje się, zgodnie ze stanowiskiem Nr 4/19/VIII NRL, zagwarantować 3 darmowe próby podejścia do LEK i LDEK. Dodatkowo w treści ust. 8 w zdaniu pierwszym należy kropkę zastąpić przecinkiem oraz dodać wyrazy „z zastrzeżeniem ust. 11.”;
b) w ust. 10 po wyrazie „zgłaszającego” należy dodać wyraz „się”;
11) w art. 15:
a) w ust. 1 wyrazy „intensywnej terapii” należy zastąpić wyrazami „anestezjologii i intensywnej terapii”;
b) w ust. 3 pkt 3 powinien otrzymać brzmienie:
„3) szkolenia z transfuzjologii klinicznej, bezpieczeństwa pacjenta, profilaktyki, diagnostyki i terapii”;
c) w ust. 4 pkt 2 powinien otrzymać brzmienie:
„2) szkolenia z transfuzjologii klinicznej,

zakresu bezpieczeństwa pacjenta w tym profilaktyki, diagnostyki i terapii zakażeń w szczególności bakteriami, zapalenia wsierdza, zapalenia kości oraz zakażeń przenoszonych drogą parenteralną;”.

Nie znajduje uzasadnienia wymienianie zakażeń HIV i HCV, których skala jest niewielka w porównaniu z zakażeniami wywołanymi przez np.: wielolekooporne pałeczki Gram(-): CPE, czy inne drobnoustroje. Szkolenie z profilaktyki zakażeń w ramach stażu w dziedzinie chorób wewnętrznych czy peridontologii nie ma merytorycznego uzasadnienia.

d) ust. 6 gwarantuje lekarzowi w trakcie stażu podyplomowego urlop szkoleniowy, przy czym zaznaczyć należy, że może być on udzielany zarówno w części stałej, jak i spersonalizowanej stażu podyplomowego. Z uwagi na wprowadzony podział stażu, ww. przepis będzie znajdował zastosowanie wyłącznie w stosunku do lekarzy stażystów, a nie lekarzy dentystów odbywających staż podyplomowy. W ramach stażu podyplomowego lekarzy dentystów nie wyróżnia się poszczególnych części – stałej i spersonalizowanej. Należy dokonać zmiany przepisu w ten sposób, by zarówno lekarze, jak i lekarze dentyści odbywający staż podyplomowy mieli prawo do dni wolnych przeznaczonych na doskonalenie zawodowe;

12) w art. 15b:

a) ust. 1 powinien otrzymać brzmienie:

„1. Lekarz stażysta odbywa staż podyplomowy pod nadzorem lekarza posiadającego specjalizację, o której mowa w art. 64 ust. 1, albo tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny albo lekarza, który zaliczył w toku szkolenia specjalizacyjnego moduł podstawowy albo lekarza, który ukończył 3 rok szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach jednolitych albo lekarza, który zdał Państwowy Egzamin Modułowy (PEM), zwanego dalej „opiekunem”. Lekarz dentyista może także odbywać staż podyplomowy pod nadzorem lekarza dentyisty wykonującego zawód przez okres co najmniej 5 lat, z zastrzeżeniem, że do stażu zawodowego lekarza nadzorującego nie wlicza się okresu realizowania stażu podyplomowego lekarza dentyisty.”.

b) ust. 3 pkt 12 przewidujący uprawnienie lekarza stażysty do pełnienia dyżurów medycznych towarzyszących innemu lekarzowi, pełniącemu dyżur samodzielnie stanowi, co do zasady pozytywną zmianę legislacyjną. Wątpliwości budzi jednak w takiej sytuacji brak nadzoru, o którym mowa w art. 15b ust. 1, a nadto ustalenie odpowiedzialności za działania lub zaniechania owego lekarza stażysty w trakcie rzeczzonego dyżuru medycznego. Dodatkowo nie jest jasne, jak w tej sytuacji ma być zapewniona przewidziana w art. 15b ust. 5 pkt 2 stała współpraca lekarza stażysty z opiekunem;

13) w art. 15c:

a) ust. 8 pkt 1 w zakresie odnoszącym się do przewidzenia w projekcie ustawy, iż szkolenie

w ramach stażu podyplomowego z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV, będzie miało zapewnić regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, stanowi daleko idące ograniczenie co do możliwości wyboru podmiotów uprawnionych do przeprowadzania szkoleń w tym zakresie. Tym bardziej, że w praktyce owe szkolenia prowadzone są przez inne duże jednostki, nie zaś tylko przez regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa;

b) ust. 8 pkt 2 nakłada na okręgowe izby lekarskie obowiązek zapewnienia szkoleń w ramach stażu podyplomowego w zakresie komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym, oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, orzecznictwa lekarskiego, prawa medycznego, w tym bioetyki oraz zdrowia publicznego, w sytuacji gdy na dzień dzisiejszy obowiązki w tym zakresie ciążyą na innym podmiocie tj. marszałku województwa. W sytuacji zatem przypisania dodatkowych obowiązków dla okręgowych izb lekarskich w powyższym zakresie, w ustawie winny znaleźć się również informacje odnośnie wskazania źródeł finansowania umożliwiających realizację powyższego obowiązku;

14) w art. 15d ust. 4 przewidziane w tym przepisie informacje odnośnie publikacji naukowych i uczestnictwa w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia winny wynikać z zaświadczenia wydawanego przez uczelnię medyczną. W przeciwnym bowiem razie nie będzie możliwości sprawnego ustalenia podstaw do podwyższenia średniej ocen uzyskanej w toku studiów o wartości wskazane w komentowanym przepisie;

15) w art. 15e ust. 1 pkt 2 pominięto grupowe specjalistyczne praktyki lekarzy dentyistów jako podmioty prowadzące staż podyplomowy;

16) art. 15g ust. 2 i art. 15h ust. 3 określają tryb powoływania koordynatora i opiekuna stażu. Wskazano, że jest nim lekarz, który prowadzi praktykę, przy czym zaznaczyć należy, że powołany przepis odsyła zarówno do indywidualnych, jak i grupowych praktyk lekarskich. W tych ostatnich jest co najmniej 2 lekarzy, którzy prowadzą tę praktykę. Z uwagi na powyższe, należałoby wskazać sposób wyboru koordynatora/opiekuna, gdy staż podyplomowy jest realizowany w grupowej praktyce lekarskiej;

17) w art. 15i ust. 4 należy powołać prawidłowy tytuł ustawy, tj. ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1471 i 1565). Jednocześnie wskazać należy, że wynagrodzenie wynikające z tej ustawy określone jest na dzień 1 lipca każdego roku (zasada powyższa obowiązuje do końca grudnia 2021 r.);

18) w art. 15j:

a) w ust. 4 po wyrazach „Do wniosku” należy dodać wyrazy, „o którym mowa w ust. 3”;

b) w ust. 16 należy wykreślić wyrazy „poświadczonym przez notariusza”;

19) art. 15k ust. 2 wskazuje jako jedyny dopuszczalny cel przetwarzania danych określonych w tym przepisie (np. dane dotyczące powodów i okresów absencji w pracy, informacji o trybie rozwiązania umowy o pracę, itd.) – finansowanie stażu podyplomowego, przedłużenie stażu podyplomowego i nadzór nad odbywaniem stażu podyplomowego, a tymczasem – z uwagi chociażby na odbywanie stażu podyplomowego na podstawie umowy o pracę – konieczne jest zastrzeżenie dopuszczalności przetwarzania omawianych danych także w celach ewidencyjnych związanych chociażby z prowadzeniem dokumentacji pracowniczej. Komentowany przepis powinien zatem dopuszczać również możliwość przetwarzania danych w sytuacjach przewidzianych w odrębnych przepisach prawa;

20) w art. 15m ust. 2 proponuje się nadać brzmienie:

„2. Lekarz stażysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, odbywa staż podyplomowy na stanowisku lekarza stażysty albo lekarza dentyisty stażysty, na które zostaje wyznaczony przez właściwy organ wojskowy w porozumieniu z Wojskową Radą Lekarską.”.

Brzmienie przepisu zawarte w opiniowanym projekcie odbiera Radzie Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej kompetencje do uczestniczenia w procesie kierowania lekarzy będącymi żołnierzami na staż podyplomowy, a co za tym idzie zmniejsza transparentność tego procesu;

21) w art. 16 ust. 7 możliwość uznania dorobku naukowego i zawodowego lekarza, o którym mowa w ust. 4 – 6 za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości szczegółowego programu modułu specjalistycznego albo jednolitego nie określa jakichkolwiek kryteriów, w oparciu o które owe uznanie będzie następować (decyzja będzie miała charakter uznaniowy). Powyższe rodzi wątpliwości, co do jednakowego traktowania wszystkich zainteresowanych lekarzy;

22) w art. 16c:

a) w ust. 1a należy dokonać zmiany terminów naboru na specjalizację i składania wniosków zgodnie z propozycjami zawartymi w stanowisku Nr 1/19/VII NRL. Pozostawienie aktualnie obowiązujących terminów utrzymuje w mocy patologiczne zjawisko konieczności korzystania przez lekarzy z zasiłku dla bezrobotnych;

b) w ust. 1c należy ocenić negatywnie obowiązek wskazywania województwa we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego gdyż czyni to z zasady nabór nieogólnopolskim. NRL podtrzymało propozycje dotyczące sposobu przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego zawarte w stanowisku Nr 4/19/VIII NRL;

c) w ust. 10 wskazano na możliwość otrzymania dodatkowych punktów w procesie kwalifikacyjnym m.in. za list intencji od dyrektora jednostki wskazującego gwarancję zatrudnienia konkretnego kandydata. Rozwiązanie takie należy uznać za niewłaściwe, wypaczające sprawiedliwość w procesie rekrutacyjnym;

23) w art. 16e nie zapewniono minimum rocznego wyprzedzenia w planowaniu wolnych miejsc szkoleniowych. Nie sprzyja to kreowaniu życia zawodowego lekarzom i lekarzom denty stom i jest niezrozumiałe dla opiniujących. W modelu ideowym już student medycyny powinien znać planowaną na 10 lat strategię państwa co do przyznawania rezydentur i miejsc szkoleniowych, uzależnioną od potrzeb państwa oraz wniosków środowiska lekarskiego;

24) w art. 16f:

a) w ust. 3 pkt 2 należy utrzymać kursy z zakresu zdrowia publicznego, prawa medycznego i ratownictwa w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Wskazać należy, że posiadanie aktualnej wiedzy w tych obszarach przez lekarzy jest niezbędne do bezpiecznego wykonywania zawodu. Co więcej, fakt odbycia ww. kursów w ramach stażu podyplomowego nie zastępuje tych kursów w dalszym rozwoju zawodowym lekarza. Proponuje się, by te kursy w ramach stażu podyplomowego mogły być realizowane w formie e-learningowej. Podkreślić należy, że lekarz w trakcie specjalizacji zdobywa doświadczenie i również z tej perspektywy jest w stanie uczestniczyć i oceniać przekazywaną mu wiedzę. Ww. kursy realizowane w trakcie stażu podyplomowego pozwalają przekazać lekarzowi, który wchodzi do zawodu, najważniejsze zagadnienia. Jednakże to lekarz w trakcie specjalizacji, mający już doświadczenie w kontakcie z pacjentem i otaczającą go rzeczywistością, jest w stanie lepiej zrozumieć przedstawiane mu zagadnienia w tych obszarach;

b) ust. 3 pkt 3 w zakresie przewidującym, iż program specjalizacji zawiera okres trwania szkolenia specjalizacyjnego, z uwzględnieniem zakresu i co najmniej okresu 6 miesięcy szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w szpitalu pierwszego i drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego, stanowi realne zagrożenie niemożności wykonania tego zadania z powodu braku wystarczającej ilości miejsc szkoleniowych w szpitalach pierwszego i drugiego stopnia podstawowego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego;

25) w art. 16h:

a) ust. 10-12 – projekt zakłada dodanie do art. 16h przepisów ust. 10-12 pomimo że art. 16h w obecnym brzmieniu zawiera już ust. 10 i 11;

b) ust. 12 wskazuje jako jedyny dopuszczalny cel przetwarzania danych określonych w tym przepisie (np. dane dotyczące powodów i okresów absencji w pracy, informacji

o trybie rozwiązania umowy o pracę, itd.) – finansowanie szkolenia specjalizacyjnego, przedłużenie szkolenia specjalizacyjnego i nadzór nad odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego, a tymczasem – z uwagi chociażby na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury na podstawie umowy o pracę – konieczne jest zastrzeżenie dopuszczalności przetwarzania omawianych danych także w celach ewidencyjnych związanych chociażby z prowadzeniem dokumentacji pracowniczej. Komentowany przepis powinien zatem dopuszczać również możliwość przetwarzania danych w sytuacjach przewidzianych w odrębnych przepisach prawa;

26) w art. 16i:

a) w ust. 1e przewiduje się przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego o czas nieobecności lekarza – niejasne jest czy przedłużenie następuje na okres powyżej 24 miesięcy czy na cały okres niemożności udzielania świadczeń (niewykonywania czynności zawodowych);

b) w ust. 9 wyrazy „w trybie rezydentury” należy zastąpić wyrazami „w trybie rezydenckim”;

c) ust. 10 budzi wątpliwości czy przewidziane w jego treści rozwiązanie dotyczy dyżurów w ramach programu specjalizacji czy innych – niewynikających z tego programu specjalizacji;

d) ust. 11 przewiduje, że różnicę wynagrodzenia między kosztem pełnienia dyżurów medycznych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury i środkami finansowymi przekazanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia pokrywa podmiot leczniczy, w którym lekarz odbył dyżur medyczny. Tymczasem wskazane byłoby przekazywanie na ten cel środków przez Ministerstwo Zdrowia. Ministerstwo winno przekazywać ilość środków niezbędnych dla kształcenia lekarzy i lekarzy denty stom w tym środki na pełnienie dyżurów medycznych. Przekazywane środki powinny w pełni pokrywać koszty kształcenia lekarzy i lekarzy denty stom w trakcie kształcenia specjalizacyjnego ponoszone przez podmiot kształcący;

27) w art. 16j ust. 3 powinien otrzymać brzmienie:

„3. Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ustalone przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku, w wysokości nie mniejszej niż 200% tego wynagrodzenia.”;

28) w art. 16m:

a) w art. 16m należy zastąpić sformułowanie „dodatek do wynagrodzenia” określeniem

„dodatkowe wynagrodzenie miesięczne za pełnienie funkcji kierownika specjalizacji”;

Uwaga ta podyktowana jest obawami środowiska lekarzy denty stom, którzy pełniąc funkcję kierownika specjalizacji w indywidualnych praktykach lekarskich nie otrzymują wynagrodzenia sensu stricto, lecz wypracowują zysk w ramach prowadzonej działalności gospodarczej;

b) ust. 1a powinien otrzymać brzmienie:

„1a Kierownikowi specjalizacji, z zastrzeżeniem ust. 1d, przysługuje dodatkowe wynagrodzenie miesięczne w wysokości 1000 zł brutto za każdego lekarza odbywającego pod jego kierunkiem szkolenie specjalizacyjne, z wyłączeniem okresu nieobecności, o którym mowa w art. 16l ust. 1, 2 i 4. W przypadku skierowania do odbycia modułu podstawowego, dodatkowe wynagrodzenie otrzymuje lekarz pełniący funkcję kierownika specjalizacji w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w module podstawowym. Nie nalicza się dodatkowego wynagrodzenia za okres dłuższy niż 30 kolejnych dni braku sprawowania przez kierownika specjalizacji bezpośredniego nadzoru nad lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne.”;

c) ust. 1b dotyczy umowy zawieranej między wojewodą a kierownikiem podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, podczas gdy stroną tej umowy jest podmiot prowadzący to szkolenie a nie jego kierownik;

d) ust. 1c powinien otrzymać brzmienie:

„1c Środki przeznaczone na finansowanie dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1a, kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne przekazuje na podstawie umowy, o której mowa w ust. 1, zawartej z kierownikiem specjalizacji albo lekarzem pełniącym funkcję kierownika specjalizacji w jednostkach uprawnionych do szkolenia specjalizacyjnego w module podstawowym, chyba że kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne w formie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej pełni jednocześnie funkcję kierownika specjalizacji.”;

e) ust. 1d powinien otrzymać brzmienie:

„1d Koszty związane z finansowaniem dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1a w przypadku specjalizacji odbywanej przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórkę lub jednostkę organizacyjną mu podległą, pokrywa Minister Obrony Narodowej ze środków budżetu państwa, których jest dysponentem. Środki przeznaczone na ten cel są przekazywane na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministrem Obrony Narodowej a podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne. Umowa ta określa wysokość i przeznaczenie środków oraz sposób ich rozliczania.”;

f) ust. 6 przewiduje, że kierownik specjalizacji niezwłocznie aktualizuje szczegółowy plan szkolenia w przypadku braku możliwości realizacji poszczególnych elementów szkolenia w uprzednio ustalonych terminach. Przepisy powinny przy tym umożliwiać również możliwość dokonywania aktualizacji planu szkolenia w przypadku zmiany miejsca odbywania kursów i staży kierunkowych, co proponowane brzmienie przepisu uniemożliwia;

g) ust. 7 przewiduje możliwość potwierdzania, za pomocą SMK, zrealizowanie rocznych planów szkolenia specjalizacyjnego oraz całości szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji przez kierownika podmiotu leczniczego (który nie musi być lekarzem) w przypadku nieobecności kierownika specjalizacji, takie rozwiązanie wydaje się niewłaściwe;

29) w art. 16pb ust. 2 należy wprowadzić rozwiązanie podobne jak przy opłatach za LEK/LDEK, gdzie przewidziany jest termin 5 dni roboczych na dokonanie opłaty;

30) art. 16pfust. 4 przewiduje, że uwzględnione zastrzeżenie do pytania testowego powoduje obniżenie punktacji w stosunku do tego lekarza, który złożył zastrzeżenie. Wydaje się, że obniżenie w przypadku wadliwości pytania winno nastąpić w stosunku do wszystkich zdających PEM;

31) art. 16w ust. 7 przewiduje wydanie dyplomu PES przez dyrektora CEM po uzyskaniu określonych w tym przepisie dokumentów. Zawarty w tym przepisie wymóg uzyskania przez dyrektora CEM potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego jest zbędny, bowiem jest on weryfikowany na wcześniejszym etapie – po złożeniu wniosku o przystąpienie do PES (zgodnie z art. 16r ust. 12);

32) w art. 17 brak definicji umiejętności. Umiejętności powinny być tworzone w oparciu o czynności, których wykonywanie jest dostępne więcej niż jednej specjalności lub lekarzom bez specjalizacji. Należy w ustawie określić, w jaki sposób potwierdza się uzyskanie umiejętności – powinien to być egzamin jednolity dla całego kraju, co może stać się problemem, kiedy szkolenie w zakresie umiejętności będą prowadziły 2 lub więcej towarzystw naukowych. Art. 17 ust. 2, 3 i 24 nie wskazują, by umiejętności były przypisane do 1 towarzystwa naukowego i w efekcie mogą powstać bardzo różnicowane programy, formy zaliczenia i certyfikaty przy tej samej nazwie umiejętności. Dodatkowo należałoby wskazać, że chodzi o „posiadanie umiejętności zawodowych nieobjętych programem posiadanych przez tego lekarza specjalizacji”. Należy wyraźnie wskazać w ustawie, że uzyskiwanie przez lekarza certyfikatów umiejętności może dotyczyć tylko kompetencji, których nie obejmują posiadane przezeń specjalizacje. Bez tego warunku tworzenie umiejętności i ich wymaganie, także przez płatników, może stać się powszechne i zastępować specjalizacje;

33) w art. 17 ust. 2 sformułowanie „wpisane do rejestru prowadzonego w formie ewidencyjno-informacyjnej przez dyrektora CMKP” powinno dotyczyć obu przewidzianych w tym ustępie punktów, a nie tylko punktu drugiego. Dalsze postanowienia tego przepisu przewidują, że do rejestru wpisywane są zarówno towarzystwa naukowe, jak i państwowe instytuty badawcze;

34) w art. 18:

a) w ust. 4 użycie sformułowania „okres rozliczeniowy”, przy czym nie wyjaśniono jak go liczyć w kontekście regulacji przewidzianych w ust. 3 (tj. wymienionych grup lekarzy lub sytuacji, w których się znajdują);

b) w ust. 5 w zdaniu drugim wyrazy „lekarz i lekarz dentysta” należy zastąpić wyrazem „lekarz”;

c) ust. 5 w zakresie, w jakim przyznaje 6 dni płatnych na samokształcenie lekarzowi i lekarzowi dentyście zatrudnionemu w ramach umowy o pracę, który nie realizuje w danym roku kalendarzowym szkolenia specjalizacyjnego, dyskryminuje tych lekarzy i lekarzy dentystów, którzy wykonują zawód na innej niż umowa o pracę podstawie prawnej (dotyczy lekarzy zatrudnionych na kontraktach, wykonujących zawód w ramach działalności gospodarczej np. na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia);

d) ust. 6 przewidujący obowiązek powiadamiania przez okręgową radę lekarską, za pomocą SMK, lekarza o braku dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego, stanowi nadmierne obciążenie dla samorządu lekarskiego, biorąc pod uwagę dużą liczbę członków okręgowych izb lekarskich. W szczególności w kontekście rozwiązania przyjętego w ust. 2 tego artykułu, a mianowicie potwierdzania za pomocą SMK przez okręgową radę lekarską dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, a które to rozwiązanie uznać należy za wystarczające. Nadto należy zwrócić uwagę, że nie każdy lekarz, lekarz dentysta ma obecnie konto w SMK;

35) art. 19:

a) ust. 1 pkt 1 przewiduje niekorzystne ograniczenie (zawężenie) kręgu podmiotów uprawnionych do prowadzenia szkoleń bez wpisu do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów;

b) ust. 4 przewidujący obowiązek przekazywania okręgowej radzie lekarskiej przez podmioty prowadzące ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów informacji o dopełnieniu przez lekarza obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego, nie wskazuje jakie konkretnie dane będą w tym zakresie przewidywane. Określenie zakresu przedmiotowego owych informacji powinno nastąpić na szczeblu ustawowym;

c) ust. 5 przewiduje obowiązek po stronie lekarza niezwłocznego przekazywania

okręgowej radzie lekarskiej informacji o zrealizowanym obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego w przypadku dopełnienia przez lekarza obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego w formie innej niż przy udziale podmiotów, o których mowa w art. 19 ust. 1, w związku z czym powstaje wątpliwość czy lekarz ten będzie zobowiązany w takim przypadku na bieżąco zgłaszać okręgowej radzie lekarskiej informacje o realizacji przedmiotowego obowiązku, czy może po zakończeniu jakiegoś okresu, w czasie którego ma zebrać określoną liczbę punktów. Przy przyjęciu zaś pierwszego rozwiązania, powstaje wątpliwość kiedy okręgowa rada lekarska realizuje obowiązek przewidziany w art. 18 ust. 2 i 6. Kwestie te powinny być określone na szczeblu ustawowym;

36) w art. 19f ust. 2 dodany punkt 12 przewiduje dokument pn. zakładowy plan realizacji szkolenia. Przepisy nie definiują kto jest zobowiązany do jego wydania, co powinien taki dokument zawierać;

37) w art. 19g ust. 4c nie jest jasne czy przewidziane rozwiązanie ma umożliwić lekarzom denty stom nieodbywającym specjalizacji uczestnictwo w kursach organizowanych dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne;

38) w art. 21:

a) definicja eksperymentu medycznego nie rozróżnia badań interwencyjnych od badań obserwacyjnych; ponadto przepis art. 21 i następne nie daje odpowiedzi jak kwalifikować interwencje o nieudowodnionej skuteczności w praktyce klinicznej opisane w artykule 37 Deklaracji Helsińskiej. Podczas leczenia pacjenta tam, gdzie sprawdzone interwencje nie istnieją lub też okazały się nieskuteczne, lekarz, po zasięgnięciu porady eksperta i uzyskaniu świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, może zastosować interwencję o nieudowodnionej skuteczności, jeśli w ocenie lekarza daje ona nadzieję na ratowanie życia, przywrócenie zdrowia lub przyniesienie ulgi w cierpieniu. Następnie interwencja taka powinna stać się przedmiotem badań naukowych mających na celu ocenę jej bezpieczeństwa i skuteczności. We wszystkich przypadkach nowe informacje powinny być rejestrowane i tam, gdzie jest to stosowne, powinny zostać udostępnione publicznie;

b) w ust. 3 konieczne jest zdefiniowanie ryzyka minimalnego zgodnie z charakterystyką opracowaną w USA – ryzyko minimalne to ryzyko, którego prawdopodobieństwo wystąpienia oraz wielkość szkody możliwej do przewidzenia w danym eksperymencie nie jest większe od tego, które zwykle towarzyszy rutynowym badaniom lekarskim lub laboratoryjnym;

c) w ust. 4 w przypadku badań naukowych materiału biologicznego zagrożenia są inne, niż przy innych eksperymentach medycznych i te odmienne zagrożenia należałoby zdefiniować;

39) w art. 23 ust. 1 przewiduje się, że eksperymentem medycznym może kierować

wyłącznie lekarz posiadający specjalizację. Takie rozwiązanie przekreśli możliwość prowadzenia eksperymentów przez lekarzy w trakcie przewodu doktorskiego, którzy najczęściej równocześnie odbywają specjalizację. Dotychczasowe doświadczenie komisji bioetycznej pokazuje, że znacząca część eksperymentów medycznych, prowadzonych w oparciu o regulację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jest prowadzona przez doktorantów. W ten sposób lekarze uzyskują materiał do pracy doktorskiej, poszerzając swój dorobek naukowy. Przyjęte w projekcie rozwiązanie uniemożliwi tej grupie kierowanie, a więc także prowadzenie, eksperymentów medycznych. Biorąc pod uwagę wyróżniane przez ustawę rodzaje eksperymentów medycznych – lecznicze i badawcze, jak i ich definicje, zawężenie grupy lekarzy uprawnionych do kierowania eksperymentami wyłącznie do lekarzy specjalistów, nie znajduje jakiegokolwiek uzasadnienia. Tym bardziej, że wniosek podlega ocenie komisji bioetycznej, która opiniując go, bierze pod uwagę m.in. warunki prowadzenie eksperymentu, jego celowość i wykonalność, także przez pryzmat osoby, która ten wniosek złożyła. W tym kontekście należy treść przepisu doprecyzować wskazując, że odpowiedniość kwalifikacji kierownika badania ocenia niezależna komisja bioetyczna;

40) w art. 23a – wydaje się, że eksperymenty badawcze obarczone ryzykiem nie większym niż minimalne i minimalnym obciążeniem mogłyby być prowadzone zgodnie z art. 17 ust. 1 i 2 Europejskiej Konwencji Bioetycznej w odniesieniu do wszystkich grup osób wymienionych w pkt 1-5. Gdyby przyjęto rozwiązanie zawarte w projekcie to konieczne byłoby dodanie tu grupy osób zdolnych do wyrażenia samodzielnej zgody, ale takich co do których istnieje uzasadniona obawa, że zgody mogą udzielić pod wpływem niedozwolonych nacisków zamiast pkt 3 i 4;

41) art. 23b ust. 3 przewiduje zakaz pobierania przez podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny od jego uczestnika, jego przedstawiciela ustawowego oraz osoby, której skutki eksperymentu mogą bezpośrednio dotknąć, opłat za udział w tym eksperymencie. W żadnych międzynarodowych wytycznych takiego zakazu nie ma. Zakaz taki jest zbyt rygorystyczny zwłaszcza jeśli nie zostanie dookreślona w ustawie kwestia interwencji o nieudowodnionej skuteczności w praktyce klinicznej. Proponowany zapis wykluczy np. możliwość leczenia ludzi bakteriofagami, w której to dziedzinie Polska ma duże osiągnięcia, a bakteriofagi są znacznie lepszą metodą zwalczania bakterii niż antybiotyki. Kwestia dopuszczalności w niektórych przypadkach pobierania opłat powinna zostać pozostawiona niezależnej komisji bioetycznej;

42) w art. 23c:

a) ust. 1 przewiduje obowiązek zawarcia przez

podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, co jednak w przypadku eksperymentu badawczego, w którym uczestnictwo nie jest związane z ryzykiem, wydaje się nieuzasadnione podobnie jak w przypadku badań materiału biologicznego;

b) ust. 2 opisuje sytuację, którą trudno nazwać eksperymentem medycznym. Eksperyment medyczny to badanie z protokołem, grupą kontrolną, zaślepieniem, randomizacją a działanie opisane w przedmiotowym przepisie to interwencja o nieudowodnionej skuteczności bo jednostkowa, co paradoksalnie czyni takie działanie jeszcze bardziej ryzykownym;

43) w art. 24:

a) ust. 2 pkt 7 powinien otrzymać brzmienie: „7) wszelkie przewidywane dane odnoszące się do dalszego użycia wyników eksperymentu medycznego, danych oraz materiału biologicznego zgromadzonego w jego trakcie, w tym jego użycia dla celów komercyjnych przy czym informacje dotyczące zamiaru pobrania materiału biologicznego obejmują:

a) cel w jakim będzie on wykorzystywany;

b) ryzyko i obciążenia związane z gromadzeniem, przechowywaniem i wykorzystywaniem danych i materiału;

c) rodzaj danych i materiału, jakie mają być gromadzone;

d) procedury zwrotnego przekazywania wyników, w tym o przypadkowo wykrytych informacjach dotyczących zdrowia,

e) zasady dostępu do miejsc przechowywania materiału (biobanków);

f) informacje, w jaki sposób chroniona jest prywatność;

g) informacje, że jeżeli dane i materiał staną się całkowicie anonimowymi, dawca nie będzie mógł się dowiedzieć, co się dzieje z jego danymi lub materiałem oraz że nie będzie miał możliwości wycofania swojej zgody;

h) informacje o sposobie przekazywania danych i/lub materiału do innych instytucji lub państw trzecich, o ile może to mieć zastosowanie.”;

b) ust. 4 powinien otrzymać brzmienie: „4. W przypadku gdy natychmiastowe przerwanie eksperymentu medycznego mogłoby spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia jego uczestnika, osoba przeprowadzająca eksperyment medyczny ma obowiązek go o tym poinformować podczas procedury uzyskiwania świadomej zgody na uczestniczenie w eksperymencie.”;

44) w art. 25:

a) ust. 1 nakazujący uzyskanie zgody wszystkich osób, których skutki eksperymentu medycznego mogą bezpośrednio dotknąć budzi wątpliwości w odniesieniu do badania ludzkiego materiału biologicznego, których skutki mogą bezpośrednio dotyczyć wielu osób;

b) ust. 5 wyłącza stosowanie art. 156 ustawy Kodeks rodzinny i opiekuńczy, co budzi wątpliwości z uwagi na przyjęte założenie,

że udział osoby ubezwłasnowolnionej w eksperymencie medycznym nie stanowi ważniejszej sprawy dotyczącej tej osoby w rozumieniu Kodeksu. Jednocześnie wskazać należy, że przy małoletnim uczestniku eksperymentu przyjęto, że wymagane jest uzyskanie zgody obojga rodziców, jako sprawy istotnej dotyczącej dziecka;

45) art. 25a powinien zostać uzupełniony o zobowiązanie do niezwłocznego uzyskania zgody na kontynuowanie udziału uczestnika w eksperymencie medycznym w sytuacji, w której uczestnik uzyska zdolność do działania z rozeznananiem;

46) w art. 26 ust. 3 powinien otrzymać brzmienie: „3. Stosowanie placebo jest dopuszczalne jedynie, gdy nie ma żadnych metod o udowodnionej skuteczności albo jeżeli wycofanie lub wstrzymanie takich metod nie stanowi dodatkowego ryzyka doznania poważnej lub nieodwracalnej szkody w wyniku nieotrzymania najlepszej sprawdzonej interwencji lub niedopuszczalnego obciążenia dla uczestnika.”;

47) art. 27 ust. 2 powinien otrzymać brzmienie: „2. Podmiot prowadzący eksperyment leczniczy ma obowiązek przerwać go, jeżeli w czasie jego trwania wystąpi zagrożenie zdrowia uczestnika przewyższające spodziewane dla niego korzyści.”;

48) art. 29:

a) ust. 4 zawęży krąg osób mogących zostać powołanymi do składu komisji bioetycznej na skutek przewidzenia, iż osoby te oprócz posiadania wysokiego autorytetu moralnego i wysokich kwalifikacji specjalistycznych muszą dodatkowo posiadać znaczące doświadczenie w sprawach z zakresu eksperymentów medycznych. Cecha ta mogłaby natomiast być co najwyżej pożądana, aby nie zawężyć znacząco kręgu osób uprawnionych;

b) ust. 10 pkt 2 narusza niezależność członków komisji i może być wykorzystywany do wywierania nacisków na członków komisji. Tylko nagminne uchylanie się od wypełniania obowiązków członka i uczestniczeniu w pracach komisji powinno być uzasadnionym powodem odwołania członka;

c) ust. 13 określa osoby uprawnione do udziału w posiedzeniu komisji bioetycznej – wszystkie te osoby powinny mieć obowiązek złożenia oświadczenia o zachowaniu bezstronności i poufności;

d) w ust. 15 należy w pkt 3 kropkę zastąpić przecinkiem oraz dodać pkt 4 w brzmieniu: „4) eksperci zewnętrzni opiniujący projekt eksperymentu medycznego.”;

e) w ust. 18 mowa o aktach sprawy – termin ten nie został zdefiniowany brak zatem pewności jaką dokumentację ma przekazać komisja bioetyczna wraz z odwołaniem do Odwoławczej Komisji Bioetycznej;

f) ust. 21 wskazujący zasady przechowywania dokumentacji eksperymentu medycznego

oraz materiałów z posiedzeń komisji bioetycznej i Odwoławczej Komisji Bioetycznej przewiduje 20-letni okres przechowywania w/w dokumentacji (liczony od końca roku kalendarzowego, w którym została wydana ostateczna uchwała w sprawie wydania opinii), tymczasem w myśl art. 37r ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r., poz. 499) komisja bioetyczna przechowuje dokumentację dotyczącą badania klinicznego przez okres 5 lat od początku roku kalendarzowego następującego po roku, w którym zakończono badanie kliniczne. W zakresie odnoszącym się do okresu przechowywania dokumentacji dotyczącej badania klinicznego, wskazane wyżej regulacje przewidują dwa odmienne okresy przechowywania tejże dokumentacji, co winno zostać skorygowane. Dodatkowo należy wskazać, że początek biegu terminu przechowywania dokumentacji powinna wyznaczać data powiadomienia komisji bioetycznej o zakończeniu prowadzenia eksperymentu medycznego;

g) w ust. 23 wyraz „opis eksperymentu” należy zastąpić wyrazami „protokół eksperymentu”; 49) w art. 29a ust. 2 w odniesieniu do badań naukowych ludzkiego materiału biologicznego należy wskazać, że badania tego rodzaju są prowadzone przez wiele lat, po pobraniu LMB, zabezpieczeniu i przechowywaniu w biobankach. Do realizacji większości z tych badań wykorzystywana jest tzw. szeroka zgoda uzyskiwana od ofiarodawcy LMB w momencie jego pobierania. Komisje bioetyczne muszą mieć wpływ na zakres informacji przekazywanych ofiarodawcom LMB w momencie wyrażania zgody, w przeciwnym przypadku wiele badań LMB zgłaszanych komisji będzie odrzucanych z powodu braku właściwej zgody na ich realizację. Poszukiwanie po 5 albo 10 latach ofiarodawcy LMB by wyraził zgodę na każde nowe badanie jest znacznie bardziej skomplikowane w realizacji niż dobrze opracowana szeroka zgoda;

50) w art. 39 ust. 2 zastrzeżenia budzi nałożenie na podmiot leczniczy obowiązku wskazania lekarza lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który zapewni realną możliwość wykonania świadczenia. Po pierwsze, skoro projektodawca (w pełni słusznie) zakłada, że obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania przez pacjenta świadczenia, którego lekarz nie wykona z uwagi na sprzeciw sumienia, nie spoczywa na lekarzu, to zasadne byłoby nie umieszczać regulacji prawnej w tym zakresie w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Zgodnie z art. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawa ta powinna określać jedynie zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry. Regulacja prawna nakładająca na podmiot leczniczy obowiązek zapewnienia pacjentom realnych gwarancji uzyskania świadczenia zdrowotnego nie mieści

się w zakresie regulacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Po drugie, Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że nałożenie obowiązku wskazania realnych możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego na podmiot leczniczy zatrudniający lekarza, który korzysta z klauzuli sumienia, będzie w praktyce trudne do zrealizowania przez ten podmiot. Podmiot leczniczy nie będzie dysponował dostateczną wiedzą, gdzie można aktualnie uzyskać dane świadczenie. Podmiot leczniczy nie zna przecież treści oświadczeń składanych przez lekarzy w innych placówkach ochrony zdrowia. Zasadne byłoby rozważenie rozwiązania, w którym to jednak instytucje publiczne przejęłyby obowiązek wskazania miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych, które mogą być objęte klauzulą sumienia, w szczególności miejsce udzielania świadczeń objętych koszykiem świadczeń gwarantowanych, mogłoby być udostępniane przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

51) w art. 45 proponuje się wykreślić ust. 1a, ust. 2 oraz ust. 2a.

Przepisy ust. 1a, 2 oraz 2a zostały wprowadzone do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry po tzw. protestach pieczętkowych, obecnie powielają one obowiązki wynikające z przepisów ustawy – Prawo farmaceutyczne, do których z resztą odsyła ust. 1a.

52) w art. 53 należy dokonać zmian ust. 1 i 4, tak, aby przepisy te nie budziły wątpliwości, co do możliwości zatrudniania osób wykonujących czynności pomocnicze przez lekarzy prowadzących indywidualne/indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie wyłącznie w miejscu wezwania;

53) w art. 57 należy wskazać, że uchwały okręgowych rad lekarskich dotyczące przyznania nowej kategorii prawa wykonywania zawodu są decyzjami administracyjnymi;

54) art. 58 wprowadza sankcję karną za przeprowadzenie eksperymentu medycznego bez zawarcia umowy ubezpieczenia, co w przypadku niektórych eksperymentów – w szczególności badania materiału biologicznego – jest nieuzasadnione;

II. dot. art. 3 projektu zmieniającego ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich

1) dotychczasową treść art. 63 proponuje się oznaczyć jako ust. 1 oraz dodać ust. 2 i 3 w brzmieniu:

„2. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej może, przed wydaniem postanowienia o przedstawieniu zarzutów, umorzyć postępowanie wyjaśniające, jeżeli postępowanie medyczne przeprowadzone w trybie art. 113 doprowadziło do zawarcia ugody między stronami.

3. Sąd lekarski może umorzyć postępowanie przed sądem, jeżeli postępowanie medyczne przeprowadzone w trybie art. 113 doprowadziło do zawarcia ugody między stronami”.

2) w art. 113:

a) ust. 1 powinien otrzymać brzmienie:

„1. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego może z inicjatywy lub za zgodą stron skierować sprawę do postępowania medacyjnego między pokrzywdzonym i lekarzem, którego dotyczy postępowanie lub lekarzami, których dotyczy postępowanie.”

b) należy po ust. 1 dodać ust. 1a w brzmieniu: „1a Sąd lekarski w czasie postępowania przed sądem lekarskim może z inicjatywy lub za zgodą stron skierować sprawę do postępowania medacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym”.

3) art. 115 ust. 2a ustawy o izbach lekarskich przekazujący wszelkie kompetencje ministra właściwego do spraw zdrowia dotyczące Wojewódzkiej Izby Lekarskiej Ministrowi Obrony Narodowej jest niezasadny. Naczelna Rada Lekarska postuluje odstąpienie od wprowadzania ww. przepisu do ustawy.

III dot. art. 2 projektu zmieniającego ustawę z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera

W art. 2a ust. 2 projektu przewiduje się, że ustęp ten będzie miał następujące brzmienie: „Felczer lub starszy felczer posiadający prawo wykonywania zawodu i nie wykonujący zawodu przez 5 lat traci prawo do wykonywania zawodu i podlega wykreśleniu z Centralnego Rejestru Felczerów”. Ustawa powinna dodatkowo przewidywać, że niewykonywanie zawodu felczera, o którym mowa w art. 2a ust. 2, będzie liczone od dnia wejścia w życie tej nowelizacji. Obecnie w Rejestrze Felczerów figuruje wielu felczerów, którzy mają 5-letnią przerwę w wykonywaniu zawodu; po wejściu w życie ustawy powinni oni mieć możliwość dostosowania się do nowej sytuacji prawnej i podjęcia wykonywania zawodu. Sytuacja, w której wielu felczerów wpisanych obecnie do Rejestru niewykonyujących zawodu od 5 lat z chwilą wejścia w życie ustawy będzie wykreślonych z Rejestru, może budzić wątpliwości natury konstytucyjnej.

IV. dot. przepisów końcowych

Przepis 14 projektu ustawy przewidujący możliwość wydawania dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” według wzorów obowiązujących w dniu wejścia opiniowanej ustawy w życie do 31 grudnia 2020 r. wymaga intensyfikacji działań Ministra Zdrowia dotyczących określenia nowych wzorów tych dokumentów i przygotowania procesu ich emisji tak, aby od 1 stycznia 2021 r. okręgowe izby lekarskie mogły wydawać nowe dokumenty.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

NAUKA

Pomoc bez tabu

Pierwsza w Polsce Poradnia Chorób Prącia powstała w UCK w Gdańsku.

Nierówność w dostępności do leczenia chorób związanych z narządami płciowymi dla kobiet i mężczyzn wydaje się oczywista. Wielu panów nie wie, do jakiego specjalisty powinni zgłosić się ze swoimi dolegliwościami. Dzieje się tak dlatego, że choroby prącia znajdują się pomiędzy obszarem działania dermatologii i urologii. Być może to się zmieni, m.in. za sprawą nowo utworzonej Poradni Chorób Prącia. – Nigdzie w Polsce nie ma takiej placówki, a przecież różnych chorób prącia jest



bardzo dużo – mówi dr hab. Marcin Matuszewski. W poradni leczeni są pacjenci z infekcjami bakteryjnymi, wirusowymi, grzybiczymi, specyficznymi zapaleniami, chorobami

skóry, uczuleniami, deformacjami, zmianami łagodnymi oraz stanami przednowotworowymi i nowotworami. Dermatolodzy wykonują dermatoskopie, a zarówno urolodzy, jak i dermatolodzy – biopsje ze zmian skórnych/słuzówkowych. Dermatolog prowadzi leczenie miejscowe, wykonuje takie zabiegi lecznicze, jak np. kriodestrukcja czy laseroterapia niektórych rodzajów zmian prącia. Urolog ma możliwość wykonania zabiegów operacyjnych: od tych mniejszych (np. zabiegi plastyki wędzidełka czy obrzezania) po zaawansowane operacje usunięcia raków prącia z rekonstrukcją. – Bardziej efektywna diagnostyka i leczenie schorzeń prącia są możliwe dzięki współpracy dermatologów i urologów – mówi prof. Roman Nowicki. ■



gazetalekarska.pl



Zabójczy kolor

Farby do włosów i kosmetyki prostujące włosy zawierają znaczne ilości środków chemicznych oraz substancji mogących zaburzać gospodarkę hormonalną.

W badaniu opublikowanym w „International Journal of Cancer” przeanalizowano wpływ regularnego stosowania farb do włosów i kosmetyków prostujących włosy na ryzyko zachorowania na raka piersi. W tym celu poddano analizie stosowanie tych środków przez ponad 46 tys. zdrowych kobiet z obciążającym wywiadem rodzinnym (siostra chora na ten nowotwór). Ankieta zawierała pyta-

nia o częstotliwość farbowania włosów i stosowania kosmetyków prostujących włosy, a także o rodzaj stosowanej farby (trwała, półtrwała, zmywalna) i jej kolor. W chwili włączenia do badania 55 proc. jego uczestniczek stosowało farby do włosów. Po 8,3 letniej obserwacji u badanych kobiet wykryto 2794 raków piersi. Wykazano, że dla czarnoskórych kobiet stosujących trwałe farby do włosów ryzyko raka piersi było o 45 proc. wyższe niż dla kobiet niestosujących tych farb, a dla kobiet rasy białej – o 7 proc. Kobiety stosujące regularnie kosmetyki prostujące włosy miały o 18 proc. wyższe ryzyko zachorowania na raka piersi. ■

Naturalnie
znaczy lepiej

Spożywanie ultraprzetworzonego jedzenia zwiększa ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2.

Terminem „ultraprzetworzone” określa się produkty poddane przed sprzedażą smażeniu, suszeniu lub pasteryzowaniu, do których dodano substancje niewykorzystywane standardowo w obróbce żywności (hydrolizowane białka, skrobia modyfikowana, barwniki, spulchniacze itp.). Badaniem, którego wyniki opublikowano w „JAMA Internal Medicine”, objęto blisko 105 tys. osób, z czego 79 proc. stanowiły kobiety. Uczestnicy, korzystając z bazy ponad 3500 produktów, codziennie raportowali skład swojej diety. Wskaźnik zachorowania na cukrzycę typu 2 w grupach o najmniejszym i największym spożyciu ultraprzetworzonego jedzenia wyniósł odpowiednio 113 i 166 na 100 tys. osobolat. Po 6 latach obserwacji wskaźnik ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 wyniósł 15 proc. dla każdego 10-proc. wzrostu spożycia ultraprzetworzonych produktów. Dotychczas udowodniono, że ich konsumpcja zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory, choroby układu krążenia, depresję, a także powoduje zaburzenia metaboliczne. ■

SZTUKA MOTYWACJI

Co zrobić, żeby się chciało?

Z motywacją jest jak z emocją – każdy o niej mówi, choć nikt jej nigdy nie widział.

TEKST **BEATA KRUDKOPAD-SZATURSKA**,
PSYCHOLOG, COACH RELACJI, TRENER W ODZ NIL

Pojęcie to jest niezmiernie szerokie, dlatego psychologowie usiłują je zawęzić, eksponując w poszczególnych definicjach ten lub inny aspekt złożonych procesów determinacji zachowania. Pojęcie motywacji odnosi się do:

- istnienia specyficznych, wewnętrznych potrzeb jednostki;
- istnienia pewnych zewnętrznych czynników uruchamiających zachowanie jednostki;
- istnienia wyuczonych sposobów realizacji potrzeby;
- możliwości podjęcia i utrzymania działania, aż do momentu realizacji potrzeby;
- możliwości uczenia się nowych sekwencji zachowania w celu realizacji potrzeby;
- zależności pomiędzy subiektywną wartością, siłą potrzeby, a siłą dążenia do realizacji celu (siłą motywacji).

To tyle, jeśli chodzi o spojrzenie na proces motywacji poprzez pryzmat definicji. Natomiast uczestników szkoleń i warsztatów zwykle interesuje praktyczny i pragmatyczny sposób przełożenia wiedzy teoretycznej na praktykę. Zaczniemy zatem od tego, po czym można

poznać, że człowiek jest w procesie motywacji?

I tu pojawiają się różne odpowiedzi (zebrane ze szkoleń i warsztatów):

- bo jest radosny,
- bo dostaje więcej pieniędzy,
- bo ma więcej zadań,
- bo jest wykorzystany,
- bo daje sobą manipulować,
- bo jest konformistą.

Moja odpowiedź jest taka: jedynym wyznacznikiem tego, że ktoś podlega motywacji, jest fakt, że **DZIAŁA**. Wyobraźmy sobie taką sytuację: Młody człowiek siedzi przy komputerze, pochłonięty grą. Mama mówi, żeby zajął się odrabianiem lekcji – on nic; tata każe mu wyjść z psem – on nadal nic; kolega dzwoni, ale i to nie działa... Nagle idzie do kuchni i robi sobie kanapkę. Co spowodowało, że tym razem przerwał pasjonującą grę? **GŁÓD**. Głód wystąpił jako motywator, czyli czynnik motywujący do działania.

NA CZYM SIĘ KONCENTROWAĆ?

W procesie motywacji wszelkie bodźce powodujące, że jednostka podejmuje działanie, nazywamy motywatorami. Motywatory (bodźce) mogą lokować się w różnych obszarach. Podstawowy ich podział mówi o tym, że jedne mogą pochodzić z nas samych (tak, jak to jest w przypadku

CIEKAWO

Motywacja wewnętrzna jest silniejsza od zewnętrznej.

głodu), a inne ze świata zewnętrznego. I tu dochodzimy do głównego podziału motywacji: na wewnętrzną (motywatory są w nas) i zewnętrzną (motywatory pochodzą ze świata zewnętrznego).

Motywacja wewnętrzna to stan powodujący podjęcie przez jednostkę działań ukierunkowanych na zaspokojenie lub utrzymanie specyficznej potrzeby. Przy czym sam stan lub czynność są lub mogą być celem samym w sobie. Czynności motywowane wewnętrznie są źródłem satysfakcji. Motywacja wewnętrzna jest więc silniejsza niż motywacja zewnętrzna.

WAŻNE

Nagradzanie za czynności, które i tak sprawiały przyjemność (były motywowane wewnętrznie) powoduje przesunięcie motywacji z wewnętrznej na zewnętrzną i tym samym spadek poziomu wykonania zadania lub nawet brak zainteresowania zadaniem. W życiu można znaleźć wiele przykładów ilustrujących warunki, w jakich dochodzi do takiego przesunięcia. A jednym z miejsc zabijających naszą wewnętrzną motywację jest szkoła. Czytanie książek jest (przynajmniej dla niektórych) pasjonującą czynnością, dopóki te książki nie stają się obowiązkową lekturą.



Motywacja zewnętrzna to z kolei stan pobudzenia organizmu poprzez czynniki zewnętrzne o subiektywnej dla jednostki wartości, powodujące ukierunkowane działanie. Czynności motywowane zewnętrznymi nie są źródłem satysfakcji, ale jedynie sposobem na realizację innych celów. Czynniki uruchamiające motywację zewnętrzną ulegają szybkiej dewaluacji – premia, która przed terminem wypłaty mobilizowała do większego wysiłku, po dwóch dniach została zapomniana, a poziom wykonywanych zadań – co pokazują liczne badania i statystyki – zawsze spada.

Motywacja zewnętrzna jest słabsza od wewnętrznej. Dodatkową trudnością, silnie skorelowaną z efektywnością i skutecznością tego sposobu motywowania, jest subiektywna wartość motywatorów.

Jak więc motywować pracowników? Pacjentów? Dzieci? Siebie? Odpowiedź na to pytanie jest złożona i zawiera się w koncepcjach / systemach motywacyjnych opartych o różne teorie motywacji.

CO MÓWI MASLOW?

Abraham Maslow stworzył teorię motywacji, koncentrującą się na motywowaniu poprzez zaspokajanie potrzeb. Wywodzi się ona z szerszej koncepcji szkoły stosunków społecznych Eltona Mayo.

Zdaniem Maslowa wszelka motywacja człowieka, a tym samym jego zachowanie, determinowane są poprzez potrzeby, a właściwie ich brak. Ten stan niezaspokojonej potrzeby uruchamia zachowanie ukierunkowane na jej realizację. Potrzeby tworzą układ hierarchiczny, który Maslow obrazuje w postaci piramidy, nadając poszczególnym potrzebom rangi – potrzeby niższego i wyższego rzędu.

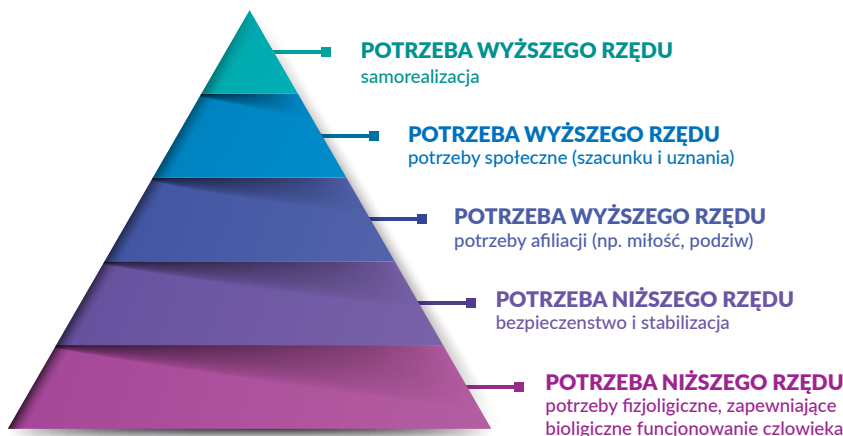
Wg Maslowa jednostka może osiągnąć wyższe partie piramidy, czyli realizować potrzeby wyższego rzędu, dopiero po zaspokojeniu potrzeb niższych. Człowiek, którego

WG MASLOWA

Jednostka może osiągnąć wyższe partie piramidy, czyli realizować potrzeby wyższego rzędu, dopiero po zaspokojeniu potrzeb niższych.

podstawowe funkcje życiowe są zagrożone, będzie przede wszystkim silnie wewnętrznie motywowany do ich zabezpieczenia, a dopiero w następnej kolejności do realizacji innych potrzeb – np. uznania czy miłości. Pracownik, którego potrzeba bezpieczeństwa i stabilizacji nie będzie zaspokojona, z trudem będzie dążyć do samorealizacji; pacjent przeznaczający pieniądze w pierwszej kolejności na jedzenie (zaspokojenie potrzeb niższego rzędu) niż zabiegi z zakresu medycyny estetycznej itd. Choć pewnie każdy z nas zna wyjątki.

Teoria motywacji A. Maslowa – motywowanie poprzez zaspokajanie potrzeb



TEORIE BEHAVIORALNE

Behawioryści zauważyli, że ludzie wybierają różne sposoby działania/zachowania zaspakajające ich potrzeby. Z tego powodu behawioralne teorie motywacyjne starają się odpowiedzieć na pytanie, dlaczego ludzie wybierają dany sposób zachowania.

Na przykład teoria motywacyjna Skinnera opiera się na spostrzeżeniu, że skutki postępowania danej osoby w konkretnej sytuacji wpływają na jej zachowanie w podobnych sytuacjach w przyszłości. Oznacza to, że sposób działania, który doprowadził do korzystnego wyniku, będzie powtarzany w przyszłości. Natomiast ten, który kończy się niekorzystnym wynikiem, nie będzie powtarzany. Korzystny skutek działania człowieka to nagroda (udało mi się osiągnąć cel). Natomiast niekorzystny skutek zachowania (nie udało mi się osiągnąć celu) jest karą, jaką człowiek otrzymuje w wyniku swojego działania.

dziewczyna ze strachu przed kolejnymi publicznymi wystąpieniami umyślnie przestała się starać, aż w końcu w ogóle porzuciła tę ścieżkę rozwoju.

Manager, który zdecyduje się na motywowanie swoich pracowników w oparciu o system nagród i kar, niejednokrotnie dziwi się, dlaczego to nie działa. Dzieje się tak, ponieważ:

- to, co dla jednego jest nagrodą, dla innego może być karą, i odwrotnie;
- bo nagroda (jako następstwo wykonanej czynności), żeby działała, za każdym razem musi być wyższa/silniejsza – ale nasze możliwości szybko się kończą;
- bo czynności motywowane zewnątrznie nie przynoszą satysfakcji, a poziom wykonania zadania jest co najwyżej zadowalający (bardzo rzadko wybitny, w przeciwieństwie do realizacji celów, które są pasją, a więc są motywowane wewnętrznie, a paliwem utrzymującym moty-

“

Manager, który zdecyduje się na motywowanie swoich pracowników w oparciu o system nagród i kar, niejednokrotnie dziwi się, dlaczego to nie działa.

prawdopodobieństwa osiągnięcia tego celu przez jednostkę. Użyteczność z kolei zależy od tego, czy i w jakim stopniu cel może zaspokoić jakąś potrzebę (motyw) jednostki. Im silniejszy jest motyw i im lepiej cel zadania może go – w przekonaniu jednostki, zrealizować, tym większa jest użyteczność celu, a tym samym – silniejsza motywacja do jego osiągnięcia.

UWAGA: jednostka nie podejmie działania (zadania), jeżeli:

- a) nie będzie świadoma celu – tu pojawiają się przeszkody w realizacji zadania typu: „nie będę tego robić”, „po co mam to robić?”, „to głupie” itp.;
- b) nie będzie zainteresowana podjęciem działania (nie wystąpi potrzeba) – tak stanie się, jeśli pracownikowi pozbawionemu skłonności do rywalizacji zaproponujemy, by podjął trud pokonania kolegów w jakimś rankingu/konkursie/grze/zawodach;
- c) uzna motyw za niewart zachodu, błahy – tak będzie, jeśli zdolnemu, posiadającemu i tak wybitne osiągnięcia pracownikowi, zaproponujemy podjęcie dodatkowego wysiłku za coś, co z jego punktu widzenia jest nieistotne;
- d) Jeżeli jednostka uzna, iż szansa na to, że zdoła swoim działaniem ten cel zrealizować, jest bliska zeru. Przy czym tego typu prawdopodobieństwo ma dość odległy związek z prawdopodobieństwem obiektywnym, i zależy od poziomu ogólnej i swoistej kompetencji jednostki oraz samooceny zadaniowej podmiotu.

Sprawdzonym sposobem motywowania (również samego siebie!) jest także motywowanie poprzez cele. W pracy realizujemy cele organizacji, więc jeśli się z nimi utożsamiamy, motywacja będzie silna. Jeśli nie, warto poszukać sposobu na znalezienie celów osobistych. Pomoże nam w tym łatwa i dziś już popularna metoda SMART oraz inne techniki coachingowe. ■

Schemat procesu motywacyjnego wg teorii Skinnera



Teoria Skinnera zakłada, że decydujący wpływ na motywację człowieka ma środowisko zewnętrzne, a przede wszystkim kary i nagrody pochodzące z otoczenia. To z tej koncepcji wywodzi się system zarządczy, popularnie nazywany „metodą kija i marchewki”.

To niezmiernie trudny sposób motywowania jednostki, ponieważ to, co dla jednego jest nagrodą, dla drugiego może być karą. I tu zawsze przypomina mi się przykład mojej koleżanki z lat szkolnych, która była niezmiernie nieśmiałym dzieckiem, panicznie bojącym się występów publicznych. Niestety miała też ogromny talent literacki. Nauczycielka, chcąc ją wyróżnić, nagradzała publicznym odczytaniem wypracowania. Nie wiedziała, że dla nieśmiałej dziewczyny nie jest to nagroda, a kara. I to tak silna, że

wację na stałym, wysokim poziomie, jest satysfakcją;

- bo kara, żeby była skuteczna, za każdym razem powinna być silniejsza (to samo upomnienie za złe zachowanie przestaje działać, gdy wygłaszane jest kolejny raz).

WIĘC CO ROBIĆ?

Wszelkie badania psychologiczne i nowoczesne systemy zarządcze pokazują, że najsukcesowniejszym sposobem motywowania jednostki do podejmowania pożądanych działań jest motywowanie poprzez stawianie zadań (ludzki mózg jest wysoce zadaniowy), przy czym im bardziej zadanie wpisuje się w osobisty cel podmiotu, tym motywowanie jest skuteczniejsze.

Dodatkowo, siła motywacji do podjęcia określonego zadania zależy od dwóch czynników: subiektywnej użyteczności celu i subiektywnego

MARTA
JAKUBIAK

redaktor naczelna „GL”

ATAK NA ZAŁOGĘ LPR

Sprawcy nie wykryto

Kilka miesięcy temu rozmawialiśmy z dr. Mariuszem Mioduskim, lekarzem anesteziologiem i specjalistą medycyny ratunkowej, który podczas lotu śmigłowcem LPR został oślepiiony laserem [„GL” 11/2019]. Czy coś nowego ustalono w śledztwie? Czy stan zdrowia lekarza pozwolił mu na powrót do pracy?

Przypomnijmy, pod koniec września późnym wieczorem na autostradzie A2, na wysokości Grodziska Mazowieckiego, doszło do karambolu. Po udzieleniu pomocy załoga Lotniczego Pogotowia Ratunkowego ruszyła w drogę powrotną do bazy na warszawskim Bemowie. Właśnie wtedy ktoś skierował wiązkę lasera w kabinę śmigłowca, oślepiając lekarza. Jego wzrok uległ uszkodzeniu. Atak zgłoszono na policję.

GL Jakie są dalsze losy tej sprawy?

Śledztwo zostało umorzone ze względu na niewykrycie sprawców. Dowiedziałem się o tym z jednej z gazet. Jest mi bardzo przykro, że tak szybko zrezygnowano ze znalezienia sprawcy. Myślę, że stało się tak dlatego, bo zbyt późno podjęto działania. Do tej pory trudno mi uwierzyć, że kiedy zgłaszaliśmy ten incydent, poproszono nas o napisanie maila w sprawie. Poza tym w czasie postępowania wyjaśniającego zbyt wiele się zmieniało, chociażby osoby prowadzące postępowanie. Ostatecznie śledztwem zajęła się Prokuratura Rejonowa w Pruszkowie. I mimo że od razu podaliśmy adres i współrzędne GPS domu, z którego wychodziło światło lasera, sprawcy nie wykryto.

Uważam, że zbagatelizowano nasze zgłoszenie i niewłaściwa była kwalifikacja czynu. Zakwalifikowano go jako wykroczenie, a nie przestępstwo w związku ze spowodowaniem bezpośredniego niebezpieczeństwa katastrofy w ruchu powietrznym. Taki czyn powinien być ścigany z urzędu, a my potraktowani jako funkcjonariusze publiczni.

**GL** Czy stan oka poprawił się i mógł pan wrócić do pracy?

Już trochę przyzwyczałem się do sytuacji, choć poprawy nie ma. Myślałem, że to będzie stan przejściowy, jednak wciąż mam poważny problem z widzeniem. Lewym okiem, które uszkodziła wiązka lasera, widzę w zaledwie 10 proc. Zacząłem już pracę na oddziale intensywnej terapii, bo tu jest w miarę stabilne światło, ale często muszę robić przerwy. Prawe oko szybciej się męczy, bo rekompensuje to, czego nie widzi lewe. Najgorsze jest światło zmienne, dlatego o powrocie do LPR na razie nawet nie marzę. Ta praca była moją wielką pasją. To strasznie trudne. ■

Mariusz Mioduski:
– Ta praca była
moją wielką pasją.

Zgodnie z art. 44 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2019 r. poz. 537) lekarz udzielający świadczeń w ramach pomocy doraźnej oraz który wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych tym podmiocie, może korzystać z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego.



**ARTUR
DROBNIAK**

zastępca sekretarza NRL,
przewodniczący
Zespołu Roboczego
ds. Telemedycyny NRL

ROZWIĄZANIA IT

Telemedycyna a etyka

W poprzednim numerze „GL” przedstawiłem pewne elementy praktycznego zastosowania telemedycyny. Dziś chciałbym zwrócić uwagę na etyczne aspekty związane z udzielaniem świadczeń drogą telemedyczną.

Część lekarzy zgłasza wątpliwości w związku z art. 9 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który wskazuje, że lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta.

Przepisy prawa, zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, określają, że lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych albo systemów łączności. Ponadto, zgodnie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, w przypadku ewentualnej rozbieżności pomiędzy postanowieniami KEL a zapisami ustawy o zawodzie lekarza, za wiodące uznać należy przepisy ustawowe.

Interpretacja art. 9 KEL, wskazująca na niemożliwość udzielania świadczeń telemedycznych, nie ma więc praktycznego zastosowania.

Rozbieżność o której mowa powyżej, może wynikać z braku rzeczywistych możliwości stosowania telemedycyny w okresie sporządzania art. 9 KEL (jego obecne brzmienie ustalono 20 września 2003 r.).

UWAGA NA WIZYTĘ PIERWSZORAZOWĄ

Zrodził się jednak dylemat natury praktycznej – czy coraz powszechniej udzielane przez internet/telefon porady są zgodne z KEL? Coraz częściej można usłyszeć sugestie, że

KEL, w związku z rozwojem technologicznym dokonującym się w obszarze medycyny, należy zmienić. W gorącej dyskusji na ten temat podczas konferencji o wyzwaniach etycznych w medycynie, która miała miejsce pod koniec ub.r. w Ustroniu, eksperci wskazywali, że art. 9 KEL dopuszcza udzielanie świadczeń telemedycznych, szczególnie przy kolejnych wizytach, ponieważ podczas pierwszej osobistej wizyty pacjent został przebadany przez lekarza. Co jednak z sytuacjami wizyty pierwszorazowej? Tu eksperci nie dopuszczają takiej możliwości, choćby z uwagi na ograniczone możliwości przeprowadzenia prawidłowego i pełnego badania pacjenta drogą telemedyczną.

BRAKUJE WYTYCZNYCH

Między innymi z uwagi na ten fakt, zespół ds. telemedycyny NIL uznał, że dla bezpieczeństwa lekarza i pacjenta powinien powstać akt prawny w postaci standardów świadczenia usług telemedycznych, który uregułuje warunki, w jakich lekarz / lekarz dentysta może udzielać świadczeń telemedycznych – tak, by zapewnione było bezpieczeństwo prawne i etyczne pacjentów i lekarzy (m.in. ochrona danych osobowych, tajemnica lekarska czy odpowiedzialność lekarska za udzielone świadczenie).

NIE TYLKO ART. 9

KEL w odniesieniu do świadczeń telemedycznych to jednak nie tylko treść art. 9. Można odnieść się również do

DYLEMAT

Czy coraz powszechniej udzielane przez internet/telefon porady są zgodne z KEL?

innych jego zapisów. Oto moje subiektywne przemyślenia na ten temat:

- „Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego” (art. 2 ust. 2 KEL) – jeśli wiemy, że dzięki telemedycynie zwiększy się dostępność usług medycznych i w niektórych sytuacjach poprawimy ich jakość, nie możemy się im przeciwstawiać.
 - „Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze” (art. 6 KEL) – jeśli lekarz uznaje, że niezbędny jest osobisty kontakt z pacjentem, na każdym etapie świadczenia telemedycznego, powinien mieć możliwość skierowania pacjenta na wizytę stacjonarną.
 - „Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych” (art. 56 KEL) – jeśli świadczenia telemedyczne poprawiają jakość życia i zmniejszają śmiertelność chorych, to naszym obowiązkiem jest dostosować się do tych trendów.
 - „Wybierając formę diagnostyki lub terapii, lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty” (art. 57 ust. 2 KEL) – dzięki telemedycynie pacjent nie musi czekać tak długo, jak na konsultację stacjonarną, i tracić środków na dojazd.
- Mając wszystkie powyższe na uwadze, udzielanie świadczeń telemedycznych należy uznać za dopuszczalne w świetle przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej. ■

FARMAKOLOGIA

Niebezpieczne dla jelit

Wiele leków niekorzystnie wpływa na stan jelit.

TEKST LUCYNA KRYSIAK, DZIENNIKARZ

O negatywnym wpływie leków na przewód pokarmowy najczęściej mówi się w kontekście niesteroidowych leków przeciwzapalnych, uszkadzających błonę śluzową żołądka, dwunastnicy i przełyku. Tymczasem wiele medykamentów, choć się to przemilcza, niekorzystnie wpływa także na stan jelit, zwłaszcza u seniorów chorujących przewlekłe np. na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2, miażdżycę naczyń, osteoporozę, którzy wymagają terapii skojarzonej. Także osoby młodsze są narażone na polekowe dolegliwości ze strony jelit. Są one skutkiem ubocznym m.in. leczenia alergii, zażywania doustnych środków antykoncepcyjnych, stosowania hormonalnej terapii zastępczej czy antybiotykoterapii.

BRAK ŚWIADOMOŚCI

Prof. Ewa Małecka-Panas, kierująca Kliniką Chorób Przewodu Pokarmowego UM w Łodzi, gdzie opracowano raport dotyczący niepożądanych działań leków w obrębie przewodu pokarmowego, mówi że problem będzie narastał, ponieważ mamy do czynienia z wielochorobowością i polipragmazją. Na rynek wprowadza się leki nowej generacji, np. kardiologiczne, ale ich następstwem mogą być, wywołujące owrzodzenia, niedokrwienie jelit czy niedrożność rzekoma jelita grubego.

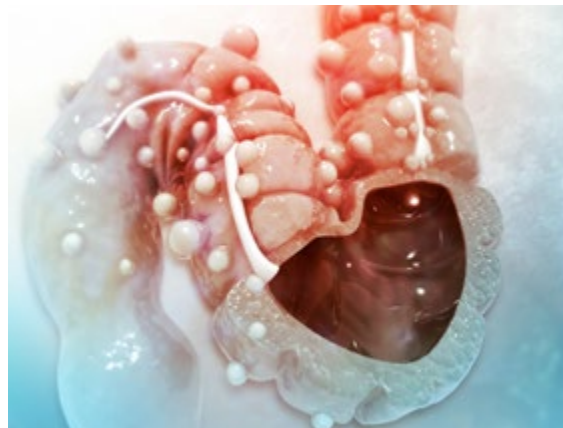
– Niedokrwienie jelit rozpoznajemy dopiero, kiedy pacjenci trafiają do szpitala z dużym krwawieniem. Na wcześniejszym etapie rzadko diagnozuje się ten stan jako następstwo niepożądanych działań leków. Zarówno wśród

lekarzy, jak i pacjentów nie ma świadomości występowania tego rodzaju zależności – tłumaczy prof. Ewa Małecka-Panas i zastrzega, że choć diagnostyka takich przypadków jest trudna, to jeśli pojawiają się bóle niedokrwienne jamy brzusznej, zawsze powinno się uwzględnić czynnik polekowy. Uważa też, że należy o tym zacząć mówić i doszkalać się, a nie tylko skupiać na objawach niepożądanych dotyczących górnego odcinka przewodu pokarmowego. Wskazuje, że jeśli chodzi o niedokrwienie jelit, dominuje wpływ leków kardiologicznych, np. pochodne kumaryny, kwas acetylosalicylowy, glikozydy naparstnicy, leki przeciwaritmiczne, beta-adrenolityki, leki hipotensyjne czy diuretyki – czyli leki zwężające naczynia.

Skutkiem niedokrwienia są biegunki i zaparcia, a w cięższych przypadkach – perforacje. Najbardziej narażone są osoby powyżej 60-65. r.ż., które najczęściej zapadają na choroby serca i naczyń. Równie niebezpieczne dla jelit są bisfosfoniany, leki stosowane w chorobach pochodzenia kostno-stawowego oraz osteoporozie, wywołujące m.in. zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, a także estrogeny i progesteron, wchodzące w skład hormonalnych leków ordynowanych np. w zespole policystycznych jajników. Jeśli chodzi o niedrożność rzekomą jelita grubego, czyli przewlekłego zaburzenia perystaltyki, największym zabójcą są opiaty, będące składnikiem leków przeciwbólowych, rzadziej niektóre leki psychiatryczne.

MIKROBIOM JELITOWY

Groźne dla jelit są również antybio-



WAŻNE

Rzekomobłoniaste zapalenie jelita, jako skutek leczenia antybiotykami, stanowi obecnie plagę, a odbudowa mikrobiomu jest bardzo trudna.

Najczęstszym powikłaniem po ich podaniu jest rzekomobłoniaste zapalenie tego narządu, powodujące silną i niebezpieczną biegunkę. Wywołuje ją bakteria *Clostridium difficile*, która uaktywnia się w trakcie szeroko widmowej antybiotykoterapii. – Obecnie dużą wagę przywiązujemy do mikrobiomu, który utrzymuje nie tylko w zdrowiu przewód pokarmowy, ale cały organizm, ponieważ odpowiada za odporność, zapobiega kancerogenezie, a nawet wpływa na występowanie depresji i chorób o podłożu autoimmunologicznym, a antybiotyki go niszczą – podkreśla prof. Ewa Małecka-Panas i przypomina, że mikrobiom to 3-5 kg bakterii, których skład musi być odpowiednio różnorodny.

Zaznacza też, że rzekomobłoniaste zapalenie jelita, jako skutek leczenia antybiotykami, stanowi obecnie plagę, a odbudowa mikrobiomu jest bardzo trudna, ponieważ niełatwo trafić z właściwym probiotykiem, zaś lekarze niejednokrotnie działają po omacku. Nadzieję są przeszczepy mikrobioty, muszą się one jednak odbywać w określonych warunkach i w Polsce ta metoda dopiero raczkuje. ■



BARTOSZ KWIATEK

dziennikarz Telewizji Polsat News

ABSURDALIA

W kraju czy za granicą?

I po feriach. We wszystkich regionach Polski uczniowie wrócili, po zimowej przerwie, do nauki i obowiązków szkolnych. Choć z tą zimą w tym roku to jakoś nie najlepiej.

Warunki na stokach nie zawsze pozwalały na białe szaleństwo, szczególnie w polskich górach. Czy przeżyło się to na mniejszą liczbę typowych narciarskich lub snowboardowych urazów? Oby.

Bo przecież najważniejsze, żeby wrócić z urlopu wypoczętym, uśmiechniętym i bez żadnej kontuzji. Niestety nie zawsze się to udaje. Sam mam takie doświadczenia, zarówno z Polski, jak i z zagranicy. A jeśli ten uraz się już przydarzy, to gdzie go lepiej doznać? Gdzie się lepiej leczyć? W kraju czy za granicą?

Przyzwyczajonym do narzekania na rodzimą ochronę zdrowia wydaje się, że za granicą. Bo tam nowocześniej, może mniejsza kolejka, czystsza urazówka, lepsza opieka, gips itd. To tak stereotypowo. Profesjonalizm udzielających pomocy powinien być przecież jeśli nie taki sam, to podobny. Kolor ścian, fartucha czy syntetycznego gipsu to sprawy drugorzędne. Dla pacjenta ważna jest jeszcze empatia, zrozumienie problemu i rozmowa, co dalej, jak będzie wyglądał proces leczenia, rehabilitacji i odzyskiwania sprawności. W mojej ocenie, z tym zdecydowanie lepiej jest za granicą.

Jakby lekarz miał więcej czasu, był bardziej skupiony i chciał wszystko wytłumaczyć. Choć porozumiewamy się w obcym języku, to czuję się jakoś taki bardziej zaopiekowany... Wiem, co mnie czeka.

Wiadomo również, że fachowa pomoc w przypadku urazów jest dużo lepsza w górskim kurorcie albo w małym szpitalu niedaleko stoku niż w renomowanej klinice ortopedii i traumatologii w dużym mieście. Bo tam „na froncie” pracują rzemieślnicy. Doskonale znają te urazy i wiedzą, jak postępować. Przyznaję, że sprawność ręki po zerwaniu czy wręcz ścięciu ścięgien zawdzięczam chirurgom ze szpitala w Zakopanem. Choć od mojego wypadku na Polanie Szymoszkowej minęło już kilkanaście lat, to pamiętam tę walkę o moją sprawność i zaangażowanie zespołu na zakopiańskiej urazówce. Pamiętam, że mówili: to młody chłopak, musimy mu pomóc, czeka nas sporo pracy. Pomogli. Dziękuję i jestem im naprawdę za to wdzięczny.

Gorzej było z późniejszą rehabilitacją. Już kilkanaście lat temu były problemy z jej dostępnością. Teraz jest jeszcze gorzej. To absurd, że wysiłek lekarzy, którzy walczą o sprawność pacjenta po urazie, po kilku tygodniach idzie na marne. Bo nie ma dostępu do rehabilitacji. Nawet prywatnie są problemy. Pacjent, który cieszył się odzyskaniem sprawności po operacji, stopniowo ją traci. Bo ma problem z rehabilitacją. I to nawet, jak chce i może za nią zapłacić.

Teraz zagranica. Białe szaleństwo w alpejskim ośrodku. Austria, Francja, Szwajcaria, Włochy.

“

Pacjent, który cieszył się odzyskaniem sprawności po operacji, stopniowo ją traci. Bo ma problem z rehabilitacją. I to nawet, jak chce i może za nią zapłacić.

Wypadek. Zderzenie. Upadek. Ból. Szybka i fachowa pomoc służb ratunkowych na stoku. Transport do szpitala lub centrum urazowego. Na miejscu, często bez kolejki, badania i diagnoza. Naciągnięcie wiązadła krzyżowego, zerwanie wiązadeł stawu kolanowego, złamanie kości śródreżca, złamanie kompresyjne, zwichnięcie stawu barkowego. Ta lista „możliwości” jest niestety dużo dłuższa.

Medycy pomagają. Operują, kiedy trzeba. Unieruchamiają. Gips, orteza, temblak. Leki przeciwbólowe, leki przeciwzakrzepowe. I jest, pamiętka z urlopu. RTG na płycie CD. Podobnie TK czy MRI, jeśli były wykonywane. Wypis. Recepta. Zalecenia i skierowanie do dalszego leczenia po powrocie do kraju. To przecież tak, jak w Polsce. No może faktycznie było więcej tej uwagi poświęconej pacjentowi. Jakoś personel tak bardziej zaangażowany. I pocieszał, rozładowywał emocje, uśmierzał ból.

Tak było w Traumacenter czy Ambulatorio Ortopedico – Traumatologico. Jedna ręka już na temblaku, a w drugiej Verschreibung czy prescrizione. Białe szaleństwo zostało przerwane, ale do powrotu do Polski zostały jeszcze 2-3 dni. Teraz to już tylko spacer i piękne widoki alpejskich skał czy dolomitów. No i to zalecenie po powrocie do kraju: „Wir empfehlen eine chirurgische Versorgung der oben beschriebenen Fraktur in ein Kh in der Heimat”. Trzeba będzie wybrać się do ortopedy w Polsce, a to oznacza problemy.

Teraz kraj. Do poradni urazowo-ortopedycznej potrzebne jest skierowanie. Pacjent wraca z urazem z zagranicy, gdzie udzielono mu pomocy i zalecono konsultację w Polsce. Jednak od razu do ortopedy nie trafi. No chyba, że prywatnie.

Ale nie chce, bo płaci składkę, jest ubezpieczony. Więc po skierowanie do POZ. To absurd, bo lekarz rodzinny nie chce badać ani nie musi przeprowadzać wywiadu, bo widzi: ręka w gipsie, noga w gipsie, kule, temblak. Tutaj potrzebny jest specjalista, czyli jednak skierowanie...

Jak już jest skierowanie, to nie ma konsultacji, bo przecież kolejka. A specjaliści za granicą nie wykluczyli, że w kraju konieczna będzie ingerencja chirurgiczna... Co robić? SOR? Tak, można ustawić się w kolejce na szpitalnym oddziale ratunkowym. Trzeba mieć dużo cierpliwości i czasu. Ale zaraz. SOR(RY), Tu Ratuje Się Życie. Dobrze, że coraz częściej w tej kolejce oczekujących można przeczytać, że SOR służy ratowaniu życia. Zgłaszanie się na SOR z niegroźną dolegliwością może odebrać szansę pacjentom w stanie zagrożenia życia. A noga w gipsie, ręka na temblaku i ogólny stan dobry po urazie na urlopie w górach to nie jest zagrożenie życia.

To jak się dostać do poradni urazowo-ortopedycznej? Okazuje się, że bariera wejścia do systemu opieki zdrowotnej w Polsce po urazie za granicą jest wysoka. Jak się do niego dostać zgodnie z otrzymanymi w języku obcym zaleceniami? Przecież ta konsultacja potrzebna jest teraz, już, po powrocie, a nie jak się źle zroźnie, jak minie kolejka...

Oczekując na pomoc i zastanawiając się, jak dostać się do specjalisty, można usłyszeć też dobre informacje. Media już o tym mówią. Przeczytać też można komunikat. Od 1 marca br. zostaną zniesione limity na porady pierwszorzutowe w czterech specjalnościach: neurologii, ortopedii, endokrynologii i kardiologii. Planowany jest także pierwszy od wielu lat wzrost wyceny tych świadczeń, który docelowo wyniesie prawie 30 procent.

– Właśnie w tych czterech rodzajach poradni w Polsce są największe kolejki – mówi jeden z ministrów. W sumie czeka w nich około 700 tys. pacjentów. Zapisanie się na pierwszą wizytę do lekarza specjalisty jest kluczowe dla przygotowania planu leczenia, które może później być kontynuowane u lekarza POZ.

To prawda. Cieszy się chyba każdy, że ma być lepiej, ma być łatwiej, ma się zmniejszyć kolejka. Tylko dalej nie wiadomo, jak z zagranicznymi zaleceniami i wypisem wejść do polskiego systemu. Nawet jak jest już to polskie skierowanie do ortopedy. Bo później, po pierwszej wizycie, to już nie będzie problemu, bo jest kontynuacja leczenia i wiadomo, że będą terminy. Ale ten pierwszy raz w Polsce po urazie za granicą to wielu powie, że jakiś absurd. I lekarz, i pacjent wiedzą, że potem przyjdzie czas na rehabilitację. Na razie lepiej o tym chyba nie myśleć. Po co się denerwować? Koniec zimowego urlopu. A może za rok w Polsce będą lepsze warunki? ■

“

Oczekując na pomoc i zastanawiając się, jak dostać się do specjalisty, można usłyszeć też dobre informacje. Media już o tym mówią.

Drodzy Czytelnicy, z pewnością na co dzień spotykacie się z absurdami, które lekarzom utrudniają pracę, a pacjentom odbierają szansę na leczenie. Opowiedzcie nam o nich.

Czekamy na Wasze listy: redakcja@gazetalekarska.pl

Redakcja

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Nie ma medycyny bez farmakologii

Z dr. hab. n. med. **Tomaszem Kockim**, prezesem Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Tomasz Kocki:
– Obecnie rynek leków szybko się zmienia, pojawiają się nowe, o bardziej złożonym działaniu, i tę wiedzę trzeba na bieżąco uzupełniać.

GL Oddziaływanie leków na organizm, ich dawkowanie, możliwe skutki niepożądane, to wiedza, której potrzebuje każdy lekarz.

Kończąc studia medyczne, później specjalizując się, lekarz posiada wiedzę dotyczącą mechanizmów działania leków, działań niepożądanych czy też interakcji z innymi lekami. Obecnie rynek leków szybko się zmienia, pojawiają się nowe, o bardziej złożonym działaniu, i tę wiedzę trzeba na bieżąco uzupełniać. Wszystkie ich właściwości są określane przez farmakologię. Dziedzina ta jest nierozdzielnie związana z każdą specjalnością lekarską, zarówno na poziomie leczenia ambulatoryjnego, jak i szpitalnego. W medycynie mamy obecnie do czynienia z wielochorobowością. Pacjent jednocześnie choruje np. na nadciśnienie, cukrzycę, miażdżycę i depresję, dlatego umiejętność właściwego doboru leków, ich dawkowania i łączenia są kluczowe. Zatem bez dobrej znajomości farmakologii nie można prowadzić skutecznej terapii.

GL Jak sobie z tym radzą lekarze?

Farmakologia dynamicznie się rozwija, co pociąga za sobą konieczność ciągłego dokształcania się w tej dziedzinie. Zainteresowanie w tym zakresie jest ogromne, szczególnie wśród młodych lekarzy. Jest wiele sposobów, by zgłębiać wiedzę na temat leków, np. poprzez szkolenia, sympozja czy konferencje, i lekarze chętnie

z tych opcji korzystają. Ponadto zawsze można skonsultować się ze specjalistą farmakologii klinicznej, co w dobie telefonów komórkowych czy internetu jest stosunkowo proste.

GL Jakie są obszary badań farmakologii?

Farmakologia zajmuje się badaniem wpływu leków na żywy organizm. Nie można jej wyznaczyć ścisłych granic, łączy praktycznie wszystkie dziedziny medycyny. To właśnie farmakologia dostarcza nam informacji na temat działania terapeutycznego leków, ich dawek oraz metabolizmu w organizmie. Zajmuje się też wzajemnymi oddziaływaniami pomiędzy lekami, a także ich działaniami niepożądanymi. Farmakologia pomaga w badaniach nad substancjami toksycznymi. Podstawowe jej obszary badawcze to farmakokinetyka, która bada oddziaływanie organizmu na lek, oraz farmakodynamika, która zajmuje się wpływem leku na organizm. Ta pierwsza pokazuje, co się dzieje z lekiem po jego podaniu – wchłanianie, dystrybucja, metabolizm, eliminacja. Druga pokazuje, jaki jest mechanizm działania leku, jakie są jego elementy docelowe, np. mechanizmy receptorowe czy enzymy ustrojowe. Działając w tych obszarach, jesteśmy w stanie ustalić bezpieczne dawki leków, określić działania niepożądane, a w dalszym etapie oznaczyć profil bezpieczeństwa leków. Zarówno farmakodynamika, jak i farmakokinetyka wzajemnie się uzupełniają i dopiero jako całość decydują o efekcie terapeutycznym.

GL Medycyna dynamicznie się rozwija, a farmakologia?

Rozwój medycyny jest ściśle związany z farmakologią. Nie da się wprowadzać innowacyjnych terapii, stosowanych np. w chorobach nowotworowych, neurologicznych czy kardiologicznych, bez nowych leków. Postęp w medycynie niejako wymusza rozwój farmakologii, czego następstwem jest powstanie dziedzin takich jak farmakologia molekularna, chemioterapia, farmakologia biochemiczna czy farmakologia systemowa, ściśle związana m.in. z kardiologią, neurofarmakologią lub farmakogenetyką.

1 Czy w każdym szpitalu w Polsce jest farmakolog?

W Polsce nie mamy specjalizacji lekarskiej „farmakolog”. Takie studia specjalizacyjne mogą wybierać absolwenci farmacji, natomiast lekarze mogą rozpocząć szkolenie specjalizacyjne z zakresu farmakologii klinicznej. Kiedy mają już specjalizację podstawową, np. z interny, takie szkolenie trwa 3 lata, a dla lekarzy, którzy nie mają specjalizacji podstawowej, szkolenie trwa 5 lat i w obu przypadkach jest zakończone państwowym egzaminem specjalizacyjnym. Farmakolog kliniczny uzyskuje kwalifikacje służące m.in. rozwiązywaniu problemów farmakoterapeutycznych związanych z leczeniem w oddziale szpitalnym lub klinice, gdzie może być doradcą lekarza w zakresie farmakoterapii, może też oceniać wyniki badań przedklinicznych leków oraz projektować i prowadzić badania kliniczne z farmakoterapii. Może samodzielnie kierować oddziałem szpitalnym. Szpitale chętnie korzystają z wiedzy farmakologów klinicznych szczególnie w planowaniu i nadzorowaniu terapii. Są poszukiwani przez oddziały szpitalne o różnych specjalnościach medycznych, ale to stosunkowo niewielka grupa specjalistów i nie każdy szpital może ich zatrudnić.

1 A badania nad nowymi lekami?

Takie badania wymagają ogromnych nakładów finansowych. Szacuje się, że wprowadzenie na rynek nowego leku kosztuje nawet 8 mld zł. Badania na nowych lekach w Polsce są prowadzone zarówno na etapie przedklinicznym, jak i klinicznym. Na etapie badań przedklinicznych, którymi zajmują się przede wszystkim farmakolodzy, można zweryfikować ich działania biologiczne oraz potencjalne działania niepożądane. Co ciekawe, w czasie takich badań dochodzi, niekiedy przypadkowo, do odkrycia innych interesujących z punktu widzenia terapeutycznego efektów farmakologicznych testowanych substancji, np. działanie przeciwpyschotyczne lub przeciwdrgawkowe. Takie odkrycia mogą poszerzać zakres terapeutyczny nowego leku.

1 Farmakologia wiąże się z toksykologią, w jakim zakresie?

Zanim powstanie lek, jeszcze na etapie preparatu czy substancji badamy jego toksyczność. U takiego „kandydata” na lek ocenia się działanie genotoksyczne, określa się dawki terapeutyczne oraz jego wpływ np. na masę ciała czy poszczególne narządy. W Polsce do rozwoju toksykologii przyczynili się farmakolodzy, ponieważ w 1976 r. właśnie z Sekcji Toksykologicznej Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego powstało Polskie Towarzystwo Toksykologiczne.

1 W jakim kierunku zmierza farmakologia?

Rozwój tej dziedziny był i zawsze będzie związany z wyzwaniami, które stawia współczesna medycyna, a więc pacjent i jego problemy zdrowotne. W farmakologii za sukcesami w postaci nowocześniejszych, bardziej skutecznych leków, kryją się lata żmudnych badań, szczególnie tych przedklinicznych, bez których wejście leku w kolejne fazy kliniczne nie byłoby możliwe. Zmieniają się narzędzia badawcze i metodologia. Niewątpliwym postępem jest stosowanie w badaniach naukowych np. mikroskopu krio-elektronowego, który pozwala tworzyć różnorodne kombinacje i konfiguracje cząstek oraz obserwować mechanizmy ich oddziaływania na siebie. Te badania to przyszłość farmakologii, ponieważ umożliwiają wgląd w strukturę leków, dzięki czemu odkrywa się ich nowe zastosowanie.

1 Jakie są cele Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego?

W 1965 r. środowisko farmakologów zainicjowało powołanie Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego. Pierwszym przewodniczącym był prof. Piotr Kubikowski. Wtedy zakres prowadzonych badań z farmakologii w porównaniu do czasów obecnych był zupełnie inny. Dziś członkowie towarzystwa prowadzą zaawansowane naukowo, na światowym poziomie, badania związane m.in. z farmakologią układu krążenia, farmakogenetyką, neurofarmakologią, farmakologią padaczki czy toksycznością leków. Naszym statutowym celem jest popieranie wszelkich inicjatyw przyczyniających się do rozwoju badań naukowych w zakresie farmakologii oraz toksykologii. Służą temu międzynarodowe kongresy, które organizujemy cyklicznie co trzy lata. 20. jubileuszowy kongres PTF odbył się w 2019 r. w Lublinie.

Tematyka kongresów ukazuje złożoność i interdyscyplinarność farmakologii. Polskie Towarzystwo Farmakologiczne jest obecne w strukturach europejskiej i światowej farmakologii, jest członkiem zarówno Europejskiej Federacji Towarzystw Farmakologicznych EPHAR, jak i Międzynarodowej Unii Farmakologii Podstawowej i Klinicznej IUPHAR. ■



Polskie Towarzystwo Farmakologiczne liczy ponad 260 członków, są oni zaangażowani przede wszystkim w badania nad nowymi lekami. Farmakologia kliniczna jako specjalność cieszy się rosnącym zainteresowaniem wśród młodych lekarzy, co dobrze rokuje na przyszłość.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Panna czy tygrys

Opowiadanie „Panna czy tygrys”, które pozwolę sobie tu przytoczyć, napisał Frank R. Stockton, amerykański pisarz humorysta końca XIX w. Jego bohater, choć rycerz pełną gębą, wdał się w romans z nieodpowiednią osobą. Cóż, podobno rycerzom też to się zdarza...



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Dama miała wszelkie cnoty predysponujące ją do bycia przedmiotem rycerskich westchnień i tylko jedną wadę – tatusia. Dziewczyna była bowiem córką władcy autorytarnego, cynicznego i słynącego z wyrafinowanego sposobu wymierzania sprawiedliwości.

Jak łatwo zgadnąć, król-ojciec nie był najszcześliwszy, gdy przytapał latorośl w miłosnym tête-à-tête z nieznanym młodzieńcem. By więc ukarać oboje, wymyślił sposób dotkliwy niemal w równym stopniu dla nieposłusznej córki, jak i jej lekkomyślnego adoratora. Umieścił skazańca na arenie z dwójgim drzwi. Rycerz sam musiał wybrać, które z nich otworzy. Za jednymi – oczywiście nie wiadomo, którymi – ukryty był wygłodniały tygrys, za drugimi zaś dwórka, przeznaczona do ożenku z podsądnym. Tak więc, w pewnym sensie, pechowy zalotnik sam musiał

zdecydować, czy skończy w paszczy tygrysa, czy na ślubnym kobiercu z przypadkową wybranką.

Dla rycerza, w sposób oczywisty, była to kwestia życia lub śmierci, ale i księżniczką targały nie lada emocje. Zwłaszcza że udało jej się dowiedzieć, za którymi drzwiami jej ukochanego czeka śmierć, a za którymi małżeńska sielanka. Szkopuł tkwił jednak w tym, że z jednej strony nie mógł przecież oglądać przemianę ukochanego w danie główne tygrysięgo menu, a z drugiej – żał przecież serce ściska (lub inny książęcy organ) na myśl, że przyjdzie patrzeć na ukochanego w objęciach innej... Gdy więc w decydującym momencie rycerz zerknął na nią, skinięciem głowy wskazała jedno z wyjść. Pan Stockton nigdy nie ujawnił, które... Na zawsze pozostawił tym samym swoim czytelnikom możliwość rozważań, czy panna i jej adorator podjęli decyzje

romantyczne, czy pragmatyczne i jaki finał miał ich feralny flirt.

Nieoczywiste zakończenie tej opowiadki skrywa też jeszcze jedną ponadczasową prawdę – życie pozostaje sztuką wyboru i umiejętności pogodzenia się z niewłaściwie podjętymi decyzjami. Jak bowiem powszechnie wiadomo – zwłaszcza w gronie znawców anatomii i fizjologii ludzkiego ciała – niezależnie od tego, w którą stronę się obrócimy, plecy zawsze kończą się w tym samym miejscu. I to nie tylko w bajkach, i nie tylko w czasach rycerzy, księżniczek i wygłodniałych tygrysów.

Choć o cnocie, nie tylko zresztą rycerskie, we współczesnym świecie raczej trudno, władców autorytarnych, cynicznych i lubujących się w wyrafinowanym zadawaniu cierpień swoim poddanym – jak na złość – nie brakuje. Jakiś przykład? Proszę bardzo – z własnego, szpitalnego podwórka!

O tym, że romans z Medycyną (zwłaszcza ten całodobowy i kompleksowy) jest przypadłością niebezpieczną, wszyscy Państwo na pewno doskonale wiedzą. Wystarczy włączyć telewizor czy otworzyć dowolną gazetę, by przekonać się, że wystawia nas – jej adoratorów – na codzienny osąd, z raczej przewidywalnym werdyktem – winny! Ale co zrobić, serce nie sługa...

“

Choć o cnocie, nie tylko zresztą rycerskie, we współczesnym świecie raczej trudno, władców autorytarnych, cynicznych i lubujących się w wyrafinowanym zadawaniu cierpień swoim poddanym – jak na złość – nie brakuje.



Nieoczywiste zakończenie tej opowiadki skrywa też jeszcze jedną ponadczasową prawdę – życie pozostaje sztuką wyboru i umiejętności pogodzenia się z niewłaściwie podjętymi decyzjami.

O tym, że miłościwie nam panujący, zarządzający medycznymi włościami, obdarzeni są wszelkimi paskudnymi, wymienionymi powyżej cechami władców, też pewnie nie muszę nikogo przekonywać. Metoda – nazwijmy ją „dwóch wyjść” – jako opisana w przytoczonej literaturze – wydaje się zaś być szczególnie atrakcyjną formą dyscyplinowania krnąbrnych poddanych, oczadzonych uczuciem (czy odwzajemnionym?) do idei lecznictwa szpitalnego.

Do tego więc, byśmy stanęli na arenie rodem z opowiadania Stocktona, warunki są nad wyraz sprzyjające.

Taki mechanizm zadziałał kilkanaście miesięcy temu, gdy lekarzom pracującym w ramach umowy

o pracę obiecano podwyżkę, w zamian żądając deklaracji lojalności – niepodejmowania pracy w innych placówkach. Jak wiadomo, lekarz to istota z natury pazerna, a na domiar złego w każdym polskim medyku siedzi cwaniak – kombinator, który szuka sposobu, jak zjeść ciastko i mieć ciastko. Wystarczyło więc tylko nieznaczne skinięcie głowy (czy coś to Państwu przypomina?) – gwarancja, że lojalność ma swoje granice i będą sposoby ominięcia zakazu. Teraz zaś rzesza tych, którzy przyjęli skinięcie głową za przysłowiową dobrą monetę, tonie w domysłach, czy nie będzie zmuszona do oddawania już nie przysłowiowych, a bardzo rzeczywistych PLN-ów do rządowej kiesy.

Swoją drogą rzesza ta nie jest zbyt liczna, bo została zdziesiątkowana dawno, dawno temu w podobnych okolicznościach. Poproszono wówczas szpitalników o wybór pomiędzy śmiercią poprzez zapracowanie się w ramach umowy cywilnoprawnej, a utonięciem w oparach absurdu nowo tworzonych systemów pracy równoważnej. Jeszcze niedawno, jako osoba raczej rozważna niż romantyczna, nie miałam wątpliwości, które wyjście jest właściwe. Dziś, po przeczytaniu wyników ankiety przeprowadzonej przez NIL wśród kolegów lekarzy i lekarzy dentystów, w której większość zadeklarowała chęć pracy równoczesnej w co najmniej dwóch miejscach, zaczynam się wahać.

Oczywiste jest dla mnie, że – sięgając znów do alegorii z powiadki Stocktona – jako środowisko wciąż wierzymy, że można ośwoić głodnego tygrysa lub stworzyć tak zwany „związek otwarty” z zaborczą królową, nie rezygnując z romansu z wciąż atrakcyjną Królową Medycyną. ■

REKLAMA

W PIGUŁCE

Brexit – co oznacza dla lekarzy?

Wyjście Wielkiej Brytanii z Unii Europejskiej stało się faktem. Czy lekarze z krajów członkowskich mogą nadal spokojnie wykonywać zawód na Wyspach? Co z tymi, którzy będą chcieli rozpocząć tam pracę?

Brexit nie będzie miał wpływu na sytuację lekarzy z UE posiadających status tymczasowej (provisional) lub pełnej (full) rejestracji w General Medical Council

“

Brexit nie będzie miał wpływu na sytuację lekarzy z UE posiadających status tymczasowej (provisional) lub pełnej (full) rejestracji w General Medical Council.

(brytyjski urząd rejestrujący lekarzy i sprawujący nadzór na wykonywaniem zawodu). Mogą oni pracować

w UK tak, jak dotychczas, także po okresie przejściowym, który kończy się 31 grudnia 2020 r. Nie muszą ponownie występować o uprawnienia ani zmieniać umów o pracę. Lekarze, którzy posiadają inny typ rejestracji i w czasie okresu przejściowego ich status ulegnie zmianie, muszą porozumieć się z GMC co do dalszych zasad, na jakich nadal będą mogli praktykować.

Warto też mieć na uwadze, że w okresie przejściowym nie zmieniają się warunki i zasady rejestracji w GMC dla lekarzy z Unii. Oznacza to, że do końca 2020 r. uzyskanie pozwolenia na wykonywanie zawodu w Wielkiej Brytanii odbywa się na dotychczasowych zasadach. Jak sytuacja będzie wyglądać potem? Na razie nie wiadomo – wszystko zależy od wyników rozmów negocjacyjnych.

Brexit oznacza też określone skutki dla lekarzy brytyjskich, chcących praktykować w krajach unijnych. Do końca okresu przejściowego nie będzie żadnych zmian, a to, co stanie się później, nie zostało jeszcze ustalone. ■

Okaleczenia kobiet a personel medyczny

UNICEF szacuje, że na świecie jest co najmniej 200 mln kobiet i dziewcząt, których narządy płciowe zostały okaleczone. Przedstawiciele tej organizacji zwracają uwagę, że niekiedy takich czynów dopuszcza się personel medyczny. – Ta sytuacja narusza etykę lekarską – informuje Monika Kacprzak, rzecznik prasowy UNICEF Polska.

Okaleczanie żeńskich narządów płciowych to działania polegające na częściowym lub całkowitym usunięciu zewnętrznych genitaliów kobiety lub inne urazy żeńskich narządów płciowych, których dokonano z powodów niemedycznych. Do takiego okaleczenia kobiet i dziewcząt dochodzi w kilkudziesięciu krajach na całym świecie, m.in. na Bliskim Wschodzie (Irak, Jemen), w niektórych krajach azjatyckich (Indonezja), w Somalii, Gwinei i Dżibuti. ■

Krótsze studia lekarskie?

Brytyjski rząd rozważa złagodzenie przepisów dotyczących wymaganego wykształcenia dla osób, które chcą zdobyć zawód lekarza i już pracują w systemie ochrony zdrowia, wykonując inne zawody medyczne.

Przedstawiciele personelu medycznego, którzy chcieliby zostać lekarzami, mieliby krótszą niż obecnie ścieżkę zdobycia niezbędnych kwalifikacji. Obecnie, aby zostać lekarzem, trzeba przede wszystkim odbyć 6-letnie studia, obejmujące 5,5 tys. godzin. Nieważne, czy osoba, która stara się o wykształcenie lekarskie, wykonywała wcześniej inny zawód medyczny jako pielęgniarka, fizjoterapeuta, ratownik medyczny czy np. farmaceuta. Ministerstwo Zdrowia



Wielkiej Brytanii planuje skrócić dla nich ścieżkę kształcenia.

W ten sposób rządzący chcieliby załatać braki kadrowe w publicznym systemie ochrony zdrowia (NHS). Szacują, że dzięki temu rozwiązaniu przybędzie 6 tys. lekarzy GP przed 2025 r. Pojawiają się jednak obawy, że to rozwiązanie może mieć negatywny wpływ na jakość oferowanych świadczeń medycznych. Minister Zdrowia Wielkiej Brytanii Matt Hancock zapewnia, że planowane rozwiązania nie obniżą jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów. ■

W PIGUŁCE

MC: nie wypisuj recepty dla siebie i bliskich

Irlandzcy lekarze chętnie wypisują sobie i najbliższym recepty, pomimo że tamtejszy kodeks lekarski odradza im takich działań.

– Lekarze nie powinni wypisywać recepty sobie ani swojej rodzinie i bliskim – przypomina swoim członkom irlandzki samorząd lekarski (Medical Council of Ireland). Oświadczenie opublikowano w związku z wynikami badania, które ukazały się na łamach „Journal of Medical Ethics”. Pokazują one, że spora liczba irlandzkich lekarzy wypisuje recepty sobie oraz rodzinie i bliskim (2/3 ankietowanych przyznało, że ordynuje leki dla siebie, 70 proc. wypisuje recepty rodzinie, a 60 proc. – bliskim znajomym). Co więcej, 3-7 proc. lekarzy przepisuje dla

siebie recepty na opiaty, benzodiazepiny albo leki psychotropowe.

Dr Rita Doyle, prezydent irlandzkiego Medical Council, podkreśla, że lekarz nie powinien leczyć się sam, gdyż każdy ma swojego lekarza rodzinnego. Przyznaje także, że jest szczególnie zmartwiona faktem, że lekarze wypisują dla siebie recepty na opiaty czy benzodiazepiny, a są to leki silnie uzależniające. Zaapelowała także do wszystkich rodzin i bliskich lekarzy, aby nie prosili lekarzy, z którymi są w bliskich relacjach, o wypisanie recepty, bo w ten sposób namawiają ich do nieprzestrzegania etycznej odpowiedzialności. – Tylko twój lekarz prowadzący powinien wypisać ci receptę – powiedziała.

„The Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered

“

– Tylko twój lekarz prowadzący powinien wypisać ci receptę – apeluje dr Rita Doyle, prezydent irlandzkiego Medical Council.

Medical Practitioners”, obowiązujący irlandzkich lekarzy, mówi jasno, że lekarz nie powinien leczyć się sam i wypisywać sobie leków na receptę, tylko mieć swojego lekarza rodzinnego. Nie powinien także leczyć i ordynować leków rodzinie i innym osobom, z którymi jest w bliskich relacjach (poza nagłymi wypadkami). ■

WHO za podatkiem od cukru

Europejskie przedstawicielstwo Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Polsce popiera pomysł wprowadzenia opłaty od napojów słodzonych w naszym kraju. Podatek ma być elementem polityki zdrowotnej i walki z otyłością oraz chorobami niezakaźnymi.

Dr Paloma Cuchi, dyrektor europejskiego przedstawicielstwa WHO w Polsce, w liście do polskiego ministra zdrowia podkreśla, że podatki i opłaty za napoje słodzone cukrem powinny być wprowadzane jako część polityki związanej z niezdrową dietą i powinny być porównywane z innymi miernikami efektywności kosztowej. Wpływ na zdrowie, jakiego należy się

spodziewać, to zmiany w zachorowalności na próchnicę, otyłość, szczególnie wśród dzieci, na cukrzycę i inne choroby niezakaźne.

Dodaje, że dane pochodzące z Finlandii, Francji, Węgier i Meksyku pokazują, że podniesienie ceny z powodu opodatkowania średnio o 3 do 10 proc. powoduje zmniejszenie spożycia napojów bezalkoholowych od 4 do 10 proc. W liście czytamy także, że podatki nakładane na mniej zdrowe jedzenie mogą zachęcić przemysł do zmiany składu produktów i zmniejszyć jego zasoby w kierunku produkcji zdrowszej żywności, co potwierdza doświadczenia Węgier, Portugalii i w Wielkiej Brytanii. ■





LIDIA
SULIKOWSKA

dziennikarz

COVID-19

Walka trwa

Ponad 80 tysięcy chorych, w tym prawie trzy tysiące przypadków śmiertelnych, to dotychczasowy bilans epidemii wywołanej SARS-CoV-2 – koronawirusem, który pod koniec ubiegłego roku pojawił się w chińskim mieście Wuhan [dane dostępne w momencie oddania tekstu do druku].

Zdecydowana większość zachorowań dotyczy Chin, ale ostatnie doniesienia informują o alarmującym wzroście liczby zakażonych w Korei Południowej i we Włoszech. Na całym świecie podejmowane są działania, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się wirusa. Zakazywane są loty z i do Chin, odwoływane imprezy masowe, a ludzie przyjeżdżający z Państwa Środka i innych krajów, gdzie stwierdzono więcej przypadków zachorowań, poddawani są kwarantannie.

UCIECZKA PRZED WIRUSEM

W Tokio odwołano wyścig dla amatorów w ramach jednego z ważniejszych maratonów – tym samym niemal 40 tys. zapisanych już uczestników musiało zostać w domach. Podobną decyzję podjęli organizatorzy największego kobiecego maratonu na świecie w Nagoi. Około 150 hoteli sieci Hilton Worldwide Holdings w Chinach przestało przyjmować rezerwacje, a GSM Association, która jest organizatorem targów telekomunikacyjnych w Barcelonie (Mobile World Congress, jedna z najważniejszych imprez branżowych), zrezygnowała z organizacji tegorocznej edycji tego wydarzenia. Odwołano też m.in. wszystkie imprezy karnawału w Wenecji. Powodem są oczywiście obawy związane z koronawirusem.

Jak informuje CNBC, chińska epidemia wywołała panikę wśród kilkudziesięciu obywateli Ukrainy, którzy

protestowali przeciwko sprowadzeniu swoich rodaków z Chin. Doszło nawet do tego, że demonstrujący zaatakowali busy przewożące ewakuowanych do jednego z ukraińskich szpitali, w którym odbywać mieli dwudniową kwarantannę.

OBAWY O ZDROWIE I FINANSE

Z sondażu przeprowadzonego w lutym przez IPSOS wynika, że ponad połowa obywateli Japonii (66 proc.), Włoch (59 proc.), Australii (57 proc.), Francji (52 proc.) i USA (52 proc.) uważa wirus SARS-CoV-2 za duże zagrożenie dla świata. Nieco mniej pesymistów jest w Wielkiej Brytanii (47 proc.), Kanadzie (42 proc.) i Rosji (46 proc.). Tylko 19 proc. wszystkich ankietowanych uważa, że sytuacja związana z wybuchem epidemii w Chinach jest opanowana i wkrótce się zakończy. Aż 85 proc. uczestników sondażu jest za obowiązkiem badania osób podróżujących z krajów zainfekowanych oraz objęciem kwarantanną tych, u których podejrzewa się zakażenie koronawirusem. 66 proc. badanych jest zdania, że ich narodowe linie lotnicze nie powinny kontynuować lotów do Chin (zrzeczenie Międzynarodowego Transportu Lotniczego IATA już szacuje, że linie lotnicze stracą w tym roku nawet 29,3 mld USD dochodów z powodu wybuchu epidemii koronawirusa).

W tym samym sondażu IPSOS-u zapytano mieszkańców 9 dużych krajów, czy ich zdaniem epidemia będzie miała wpływ na rynki finansowe

“

Aktualny stan liczby zakażonych można śledzić za pomocą interaktywnej mapy dostępnej w internecie, opracowanej przez Center for Systems Science and Engineering (CSSE).

i gospodarkę światową. Twierdząco odpowiedziało aż 84 proc. ankietowanych Japończyków, 80 proc. Australijczyków, 78 proc. Włochów, 76 proc. Rosjan, 76 proc. Kanadyjczyków, 73 proc. Francuzów, 62 proc. Amerykanów, 60 proc. Brytyjczyków.

ZAGROŻENIE NIE DLA ESTONII

Przypomnijmy, że 30 stycznia Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła stan zagrożenia zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym w związku z globalnym wybuchem epidemii SARS-CoV-2. 11 lutego podano oficjalną nazwę choroby powodowanej tym wirusem – to COVID-19.

13 lutego w związku z chińską epidemią w Brukseli odbyło się spotkanie Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów. Podjęto wówczas decyzję o utworzeniu Komitetu Koordynacji Kryzysowej. Co ciekawe, obecny na posiedzeniu minister spraw społecznych Estonii, Tanel Kiik, stwierdził, że COVID-19 nie jest zagrożeniem



dla Estonii – w tym kraju nie wprowadzono ograniczeń w handlu i podróży ani punktów kontroli na lotniskach. Luksemburska minister zdrowia, Paulette Lenert, zwróciła z kolei uwagę na potrzebę poprawy zapobiegania panice, walki z dezinformacją, która rozwija się w sieciach społecznościowych.

CO DALEJ?

Łącznie w okresie od 31 grudnia 2019 r. do 25 lutego br. potwierdzono 80289 zachorowań na COVID-19, w tym 2704 zgony spowodowane tą chorobą (sytuacja jest dynamiczna). Zdecydowaną większość przypadków zakażeń nowym koronawirusem zarejestrowano w Chinach, głównie w prowincji Hubei. Pozostałe zachorowania dotyczą osób, które, przemieszczając się, przeniosły wirusa do innych krajów. Na ten moment najtrudniejsza sytuacja, poza Chinami, występuje w Korei Południowej i we Włoszech.

Do 25 lutego zakażenia wirusem, poza Chinami, wystąpiły w Korei Południowej (977), we Włoszech (270), w Japonii (160), Singapurze (90), Hong Kongu (84), Iranie (61), USA (53), Tajlandii (37), Tajwanie (31), Australii (22), Malezji (22), Niemczech (16), Wietnamie (16), Zjednoczonych Emiratach Arabskich (13), Wielkiej Brytanii (13), we Francji (12), w Kanadzie (11), Makau (10), Kuwejcie (8), Bahrajnie (8), na Filipinach (3), w Indiach (3), Hiszpanii (3), Rosji (2), Omanie (2) i po jednym przypadku w Afganistanie, Nepalu, Kambodży, Izraelu, Belgii, Libanie, Finlandii, Szwecji, Egipcie, Iraku i Sri Lance. Najwięcej zakażonych poza Chinami odnotowano na statku wycieczkowym Diamond Princess (634). We Francji 15 lutego umarł chiński turysta. To była pierwsza śmiertelna ofiara koronawirusa w Europie.

Aktualny stan liczby zakażonych można śledzić za pomocą interaktywnej mapy dostępnej w internecie, opracowanej przez Center for Systems Science and Engineering (CSSE), należący do Johns Hopkins University. Dane są codziennie aktualizowane i pochodzą z informacji o zakażeniach zbieranych przez WHO, CDC, ECDC, NHC, DXY.

Dyrektor generalny Światowej Organizacji Zdrowia Tedros Adhanom Ghebreyesus powiedział 12 lutego, że liczba potwierdzonych nowo zgłoszonych przypadków zakażenia SARS-CoV-2 stabilizuje się, dodał jednak, że trend ten należy interpretować z ogromną ostrożnością, ponieważ dalszy przebieg epidemii jest wciąż nieprzewidywalny. Kilka dni po tym, jak gwałtownie zaczęła przyrastać liczba chorych we Włoszech, Korei Południowej i Iranie, stwierdził, że chociaż nadal wierzy, że wirus może zostać powstrzymany, to jednak szansa na to jest coraz mniejsza, więc trzeba działać szybko. Powiedział także, że rozwój epidemii może pójść w dowolnym kierunku.

Chińskie władze wdrożyły szereg działań, które mają zapobiegać rozszerzaniu się epidemii. Odwołano obchody Nowego Roku Księżycowego, nie działają kina i parki rozrywki. W wielu miastach nie funkcjonuje transport publiczny, dodatkowo wprowadzono rygorystyczne kontrole wyjazdowe. Od 26 stycznia obowiązuje tymczasowy zakaz handlu dzikimi zwierzętami w całym Chinach. Nadal jednak nie wykryto źródła infekcji. Według danych przekazanych przez wiceministra chińskiej komisji zdrowia, do połowy lutego 1716 pracowników służby zdrowia zostało zarażonych SARS-CoV-2, kilku z nich zmarło.

W Korei Południowej w dwóch miastach (Daegu i Cheongdo) wprowadzono specjalne środki ostrożności i zabezpieczenia przeciw rozprzestrzenianiu się wirusa. Z kolei we Włoszech – największym ognisku zachorowań poza Azją, wprowadzono zakaz wstępu oraz opuszczania 11 gmin tego kraju.

Główne objawy zachorowania na COVID-19 to gorączka, kaszel, duszności, problemy z oddychaniem, ból mięśni, zmęczenie. Jak informuje GIS, ciężki przebieg choroby obserwuje się u ok. 15-20 proc. osób, a do zgonów dochodzi u 2-3 proc. chorych. Wirus przenosi się drogą kropelkową, ale eksperci nie wykluczają także przeniesienia zakażenia drogą fekalno-oralną. ■



CZY LECZENIE MOŻE BYĆ SKUTECZNE I EKONOMICZNE?

Jak kształtować nowoczesny, skuteczny klinicznie i efektywny ekonomicznie system ochrony zdrowia? Na to pytanie będą szukać odpowiedzi uczestnicy III Kongresu „Ekonomia dla zdrowia”, który 31 marca odbędzie się w Warszawie. To forum wymiany opinii pomiędzy naukowcami i ekspertami z obszaru ekonomii, finansów, zarządzania i nauk o zdrowiu, zarówno z Polski jak i ze świata. Organizatorem spotkania jest Centrum Badań nad Funkcjonowaniem Systemu Ochrony Zdrowia przy Szkole Głównej Handlowej i Instytut INNOWO. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym to wydarzenie. ■

O AMPUTACJACH W KRAKOWIE

W dniach 16-17 marca w Krakowie odbędzie się I Krajowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Amputacje – wyzwania i rzeczywistość XXI w.”. Plan spotkania zakłada cztery sesje tematyczne, analizę wybranych przypadków medycznych oraz szkolenia praktyczne. Spotkanie organizowane jest z inicjatywy krakowskiego Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu oraz Fundacji Poland Business Run. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym to wydarzenie. ■

Rekomendacje GIS w związku z COVID-19

14 lutego Główny Inspektorat Sanitarny opublikował zaktualizowane zasady postępowania epidemiologicznego i medycznego w związku z ryzykiem zawleczenia na obszar Polski SARS-CoV-2 (zgodnie z zaleceniami ECDC). W komunikacie znalazły się kryteria kwalifikacji do dalszego postępowania z osobami potencjalnie narażonymi w związku z powrotem z obszarów utrzymujących się transmisji wirusa oraz osobami ze styczności z zakażonym, algorytm kwalifikacji osób do postępowania epidemiologicznego oraz medycznego, a także ogólne zasady postępowania medycznego w przypadku podejrzenia zakażenia nowym koronawirusem. Więcej na www.gazetalekarska.pl.

GŁOS CZYTELNIKÓW

Jak zwracać się do lekarza?

W numerze 12/2019 „Gazety Lekarskiej” na str. 30 znalazłem artykuł pt. „Kara za używanie nienależnego tytułu”. Karę tę, tj. pieniężną i nakaz usunięcia liter „dr” (doktor) przed nazwiskiem wymierzył pewnemu lekarzowi okręgowy sąd lekarski za używanie skrótu „dr” w nienależnych miejscach. Poniżej artykułu znajduje się także komentarz do orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) oraz Sądu Najwyższego napisany przez pana Jacka Miarkę, przewodniczącego NSL. Wyrok utrzymał Naczelny Sąd Lekarski oraz Sąd Najwyższy.

Problem nienależnego stosowania tytułu naukowego nie jest nowy, a bierze się stąd, że zwyczajowo i powszechnie używa się tytułu „doktor” w stosunku do lekarza medycyny, a często także weterynarii lub stomatologii. Przyjęło się używanie tego zwrotu, bo jakoś już dawno zanikło kiedyś używane „panie konsyliarzu”, a stosowanie tytułu „panie lekarzu”, a tym bardziej „pani lekarko”, wydaje się bardzo niezręczne i niestosowne.

Niewątpliwie użycie terminu „dr” w sytuacjach prawno-handlowo-biznesowych jest nadużyciem, bo krzywdzi także pośrednio tych, którym ten tytuł faktycznie się należy. Aby tego uniknąć, stosuje się obecnie (niegdyś nie-stosowany) zapis „dr n. med.”, co niepotrzebnie (w pewnej mierze) wydłuża honorowanie kogoś obdarowanego odpowiednim mandatem.

Stawiam w tej sytuacji pytanie: jak należy zwracać się grzecznościowo do lekarza lub lekarki? Może po prostu „proszę pana, proszę pani”? Proszę o zabranie głosu w tej sprawie. Niegdyś walczone z tzw. „cmoknonsensem” i jakoś nie całkiem wyszło (częściowo chyba tak; udało się tam, gdzie przeciw hołdom i całowaniu rączek – zwyczaj galicyjski – były same kobiety). Ciekawe, że hołdów i cmokania nie oczekują poważne matrony, natomiast aż piszczą do tego nastolatki i niezamężne kobiety.

Może tym razem się uda z terminem „doktor”, jeśli wiele osób zabierze w tej sprawie głos. Czekam na reakcję samego środowiska lekarskiego. ■

Tadeusz Gerstenkorn, Łódź



KOMENTARZ

Jacek Miarka
przewodniczący NSL

Ilość maili i telefonów po opublikowaniu mojego komentarza do artykułu „Kara za użycie nienależnego tytułu” (nr 12/2019-01/2020) była tak niespodziewanie wielka, że jestem zmuszony odpowiedzieć na nie na łamach „Gazety Lekarskiej”.

Wszystkie dotyczyły zwyczajowego używania tytułu „doktor” w stosunku do lekarzy w Polsce. Opinie na ten temat były skrajnie rozbieżne, pozwolę więc sobie anonimowo przytoczyć kilka z nich.

Pan Profesor z Łodzi proponuje, żeby środowisko lekarskie przystało na formę zwracania się do lekarza per „pani/pan”, co jego zdaniem jest naturalne, bo powinniśmy w życiu codziennym unikać tytułowania.

Pani Rzecznik z Białegostoku uważa, że w dzisiejszych czasach każdy lekarz, jeśli tylko chce, może uzyskać tytuł „dr n. med.”, w związku z tym należy ściśle rozgraniczać tytuł zawodowy lekarza medycyny od doktora, i karać za uży-

cie nienależnego tytułu, a mój komentarz można odczytać jako podważanie wyroku Naczelnego Sądu Lekarskiego (nie miałem takiego zamiaru, sam ten wyrok wydałem, a komentarz był tylko wyrazem moich wątpliwości).

Pediatra-alerolog z Małopolski uważa, że studia lekarskie są na całym świecie uważane za wyjątkowo trudne, długie i wymagające ciągłego uzupełniania wiedzy przez całe życie zawodowe poprzez staże, szkolenia, zdawanie egzaminów specjalizacyjnych, w związku z czym w olbrzymiej większości krajów świata i europejskich absolwent tych studiów otrzymuje tytuł doktora medycyny, a jeśli wybiera karierę naukową, zdobywa kolejne stopnie naukowe, i tak powinno też być w Polsce.

Koleżanka ze Szczecina uważa, że tytuł zawodowy lekarza przywodził do nas ze wschodu i jest nienaturalny w Europie, a środowisko lekarskie powinno to zmienić, zamiast z tym walczyć i karać.

Szanowne Koleżanki i Koledzy, wybaczenie, że nie przytoczyłem wszystkich waszych opinii, są one bardzo rozbieżne w tej sprawie. Pamiętam jeden z krajowych zjazdów lekarskich, gdzie padł wniosek o przywrócenie dla absolwentów medycyny tytułu doktora, ale nie uzyskał akceptacji. Dalej uważam, że prawo zwyczajowe powinno mieć wpływ na prawo stanowione, ale to nie środowisko lekarskie może podjąć w tej sprawie decyzję, a Prezydent RP na wniosek Ministra Edukacji i Szkolnictwa Wyższego, tak jak w roku 1932, co wydaje się dzisiaj mało prawdopodobne. ■

GŁOS CZYTELNIKÓW

etyczny aspekt jedzenia mięsa

Szanowni Państwo, w piramidzie żywienia mięso zajmuje mało miejsca, nie jest ono jednak całkowicie wykluczone. Czy jednak musimy w ogóle jeść mięso? Chciałabym odnieść się do etycznego aspektu tej sprawy. Jestem lekarzem z kilkunastoletnią praktyką w szpitalu klinicznym, w swoim środowisku, wśród kolegów nie ukrywam tego, że nie jem mięsa, ryb i jajek. Od ponad dwudziestu pięciu lat. Morfologia wykonana po tym czasie nie wykazała odchylenia od normy, pomimo że jedynie sporadycznie zdarza mi się przyjmować preparaty witamin i minerałów zawierające żelazo. Sama dla siebie jestem najlepszym przykładem. Nawet nie przywiązując zbyt wielkiej wagi do składu moich bezmięsnych posiłków, nie nabawiłam się anemii.

Na początku nie było łatwo. Będąc na wiejskim weselu jakieś dwadzieścia lat temu wśród licznych dań nie mogłam znaleźć niczego dla siebie. Niczego poza chlebem i ogórkiem kiszonym. To samo zdarzyło mi się później już tylko raz, kilka lat temu – na kolacji wieńczącej zjazd Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Bez komentarza.

Dlaczego?

Zwierzę nie jest rzeczą. Ma oczy i nos, narządy wewnętrzne i czuje, jak my. Biologicznie jesteśmy do siebie bardzo podobni. Kilka lat temu w jednej ze znanych sieci sklepów pojawiły się małe prosiaki, zapakowane w folię, sprzedawane w całości. Z powodu powszechnego oburzenia szybko się z tego wycofano. Przyjemniej jest kupić podkolorowaną, bezkształtną masę, która nie przypomina nam, czym w rzeczywistości jest. Niedawno przeczytałam, że w jednym z państw europejskich wprowadzono zakaz eksponowania na bazarach dużych fragmentów zwierzęcych ciał, ponieważ dzieci są tym widokiem zszokowane. Zmiana nie dotyczyła kwestii uboju czy samej sprzedaży, a jedynie eksponowania. Wprowadzenie zakazu przez miejscowe władze interpretowano jako krok „etyczny”. Czy nie jest to jednak hipokryzja? Dlaczego tłumić wrażliwość i współczucie u dzieci i zwyczajnie je oszukiwać?

Zdarza się, że osoby wychowujące małe dzieci nie tłumaczą im, czym tak naprawdę mięso jest, bo dzieci są wrażliwe i jeszcze mogłyby odmówić zjedzenia „mięska”, a przecież muszą rosnąć.

Według stanowiska Polskiego Instytutu Żywności i Żywienia zbilansowana dieta wegetariańska jest odpowiednia także dla dzieci.

Kiedyś, gdy byłam dzieckiem, zabrano mnie nad jezioro na ryby. Jako przynętę należało nadziać żywą dżdżownicę na haczyk. Do tej pory pamiętam, jak skręcałam się wewnętrznie, broniąc się przed okrucieństwem. Przemogłam się jednak, bo przecież dorośli tak robili, a więc było to właściwe. Również moment, gdy ryba „brała”, a haczyk rozdzierał rybie pyszczek, a potem fakt, że dusiła się pozbawiona wody, również budził mój wewnętrzny sprzeciw, a jednak myślałam, że dorośli wiedzą, co robią. Jako dziecko przyzwyczaiłam się do jedzenia mięsa i polubiłam je. Na tym to polega. Że w dzieciństwie się uzależniamy, a potem coraz trudniej zrezygnować.

Jeśli pacjent mnie spyta, czy mięso ma w sobie białko albo żelazo, oczywiście odpowiem, że ma, jeśli kogoś tylko to interesuje, to jest to jego sprawa. Każdy sam dokonuje wyboru. ■

Z wyrazami szacunku,
Aleksandra Milewska
specjalista chorób wewnętrznych
kardiolog



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Upartyjnienie do imentu

Ten sam dzień, ta sama gazeta. Artykuły na temat dwóch chirurgów. Tych tekstów mogłoby nie być. Poza pacjentami, w przytłaczającej większości zadowolonymi – tak mamy prawo zakładać, niewielu interesowałoby się tym, czym obydwa panowie się zajmują.

Ot, dobrzy specjaliści, robiący swoje. Ale z jakichś względów panowie postanowili wejść, czy precyzyjniej ujmując, wdepnąć w politykę. A to ma swoje konsekwencje.

U nas na pierwszym planie jest zaszufladkownie: „nasz” lub „nie nasz”. A stąd już prosta i krótka droga do szukania haków. Paradoksalnie, o jednym zrobiło się głośno, jak został marszałkiem senatu, a o drugim, jak przestał nim być. Gazeta, do której zajrzałem, jest znana z hasła „nam nie jest obojętne”. To znaczy, że ma ściśle określoną linię i w przypadku polityki lub ideologii z góry wiadomo, co na dany temat napisze. Zwierciadłem tekstu są komentarze czytelników. Prawo do ich zamieszczania mają wyłącznie prenumeratorzy, czyli z reguły podziеляjący poglądy dziennikarzy gazety.

Czytam. Pod długim, anonsowanym na pierwszej stronie wywiadem z obecnym marszałkiem, praktycznie same pochwały i słowa otuchy. „Panie Marszałku, odwagi i wytrwałości”, „Wspaniały, mądry, godny najwyższego szacunku człowiek”, „Piękna postać”. Co pod materiałem na temat byłego marszałka? I tym razem reprezentatywna próbka. „Kanalalia nad kanałie”, „Degenerat”, „Facet bez honoru”, „Zwykła gnida i tyle”. Kilka kliknięć i jestem po drugiej stronie barykady.

Tym razem to znany portal, równie obiektywny co gazeta. Na tapecie marszałkowie. Ale tutaj „nasz” z gazety jest „nie nasz”. Widać to w komentarzach. Nie będę cytował, bo na dobrą sprawę to te same co wyżej, tylko adresaci się zmienili.

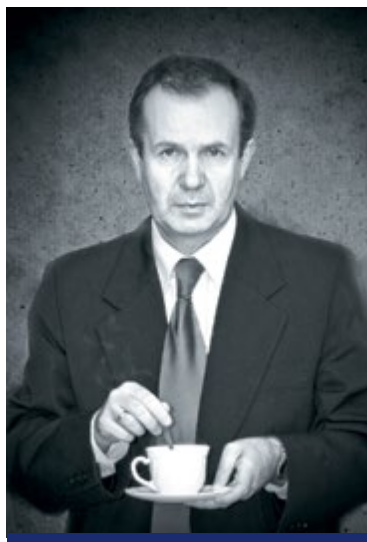
Nie mam nic przeciwko przeświadczeniu życiorysów osób sprawujących najważniejsze funkcje w państwie, bo w dojrzałych demokracjach to standard, ale poszukiwanie faktów to nie to samo, co ich tworzenie z wykorzystaniem aparatu śledczego państwa. Nie widzę niczego nadzwyczajnego w pełnieniu dyżurów przez lekarza-urzędnika, ale w przypadku trzeciej osoby w państwie zakrawa to na kpinę z urzędu. Stali czytelnicy moich felietonów zapewne już to wiedzą, ale jeśli ktoś ma wątpliwości, wyjaśnię: nie należę i nigdy nie należałem do żadnej partii. Nie mam też powodów rodzinnych, by darzyć którąś z opcji politycznych szczególną sympatią. Od jesiennych wyborów w 2005 r., kiedy to ich dwaj zwyczajcy, zamiast obiecywanej jeszcze po podliczeniu głosów zgody, zafundowali nam głęboki, rujnąjący rodzinne i przyjacielskie więzi konflikt, czuję dystans do polityki. Ten dystans z roku na rok narasta i dziś graniczy z odrazą.

Wrogość obydwu głównych sił politycznych jest tak duża, że przy przejściu władzy przez jedną z nich nikt już nie zakłada innego scenariusza niż pogrom nominatów poprzedników. Ta reguła działa nie tylko przy okazji wyborów parlamentarnych, ale i samorządowych. I niestety promuje na kierowniczych stanowiskach miernoty.

Najgorsze jest jednak to, że z powodu kleistej i coraz bardziej cuchnącej partyjnej otoczki nie ma dziś mowy o rzetelnej dyskusji na ważne tematy, a zamiast reform mamy walkę o podporządkowanie poszczególnych sektorów. Jest tak również w ochronie zdrowia, wydawałoby się, apolitycznej. Obecnie jesteśmy na etapie pozorowanych uzgodnień (vide protest rezydentów) i udawanej dyskusji. Najświeższy przykład to nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, do której tworzenia zostaliśmy zaproszeni. Tyle tylko, że przesłany do sejmu przez rząd projekt jest pełen rozwiązań, których nie tylko nie uzgodniono, ale nawet nie przedyskutowano ze środowiskiem lekarskim. W malignie przepełnionych jadem sporów na temat panów marszałków, które nie mają znaczenia dla funkcjonowania systemu, za to są wysoce szkodliwe dla wizerunku lekarza, mało kto to zauważy. ■

“

Poszukiwanie faktów w życiorysie to nie to samo, co ich tworzenie z wykorzystaniem aparatu śledczego państwa.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (96)

Nursing Now

Ministerstwo Zdrowia zainaugurowało Międzynarodowy Rok Pielęgniarek i Położnych. Hasłem lutowego happeningu w Sali Kolumnowej było retoryczne zawołanie: „Dlaczego świat potrzebuje współczesnej Florence Nightingale”. Odpowiedź nie jest prosta.

Zanim pielęgniarstwo stało się zawodem, przeszło ewolucję pojęć. Troskliwość wobec wspólnoty plemiennej w epoce ludów pierwotnych z biegiem lat przerodziła się w nakazy pielęgnacyjne starożytności, a później w chrześcijańskie miłosierdzie. Rok 1860 uznano za przełomowy.

Data wyznaczającą nowożytnie pielęgniarstwo jest początek działalności szkoły przy Szpitalu św. Tomasza w Londynie, założonej przez Florence Nightingale. Nowa koncepcja kształcenia zakładała, że: „pielęgnowanie powinno być asystowaniem człowiekowi w dążeniu do tego, aby mógł lepiej żyć i zachować zdrowie, aby w czasie choroby wspierać jego procesy regeneracyjne, a także służyć mu oparciem wówczas, gdy umiera”.

Tradycja polskich szkół pielęgniarstwa sięga roku 1911. Pierwsza placówka zorganizowana została w Krakowie. W niepodległej Polsce od 1921 r. rozpoczęły działalność bardzo nowoczesne szkoły w Warszawie i w Poznaniu, przygotowujące do opieki nad chorym w szpitalu i w domu, a także do profilaktyki i oświaty zdrowotnej w placówkach zdrowia publicznego i higieny szkolnej. Cztery lata później założono Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych.

Sposobem na szybki przyrost kadr była możliwość zdawania egzaminu



państwowego i uzyskania uprawnień przy skróconym toku nauki. W 1935 r. Sejm II RP uchwalił „ustawę pielęgniarską”. W Polsce Ludowej następuje skokowy wzrost liczby liceów pielęgniarskich. W 1969 r. powołano Studium Pielęgniarstwa, które trzy lata później przekształcono w wydział Akademii Medycznej w Lublinie. Do lat 70. XX w. istotą zawodów było zaspokajanie potrzeb chorego, zastąpione w czasie transformacji ustrojowej procesami pielęgnowania, czego konsekwencją stało się wdrażanie standardów postępowania i dążenie do zawodowej autonomii ponad wszystko.

W 1991 r. ustanowiono samorząd pielęgniarek i położnych, w którego rejestrach jest obecnie 250 tys. pracujących członków. Izby konsekwentnie brały aktywny udział w negocjowaniu warunków kształcenia i pracy wynikających z dyrektyw Wspólnoty Europejskiej. Niskie płace, niezaspokojone aspiracje i czas masowej emigracji zdziesiątkowały w minionych dekadach pielęgniarskie środowisko, którego ponowna rekrutacja i edukacja w ośrodkach uniwersyteckich oraz szkołach zawodowych została w ostatnim czasie podjęta na nowo.

Niewyobrażalna jest, nie tylko przecież dla mnie, służba zdrowia bez dobrze wykształconych i wynagradzanych pielęgniarek i położnych. Banalne słowa, które nadal nie dla wszystkich są oczywiste. Niestety nie zmieni tego kampanijne selfie z Miodowej, gdzie duch Florence Nightingale się nie pojawił. Zastąpił go propagandowy banał. ■

“

W 1991 r. ustanowiono samorząd pielęgniarek i położnych, w którego rejestrach jest obecnie 250 tys. pracujących członków.



AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Na skrócie

Jest coś, co łączy kręte uliczki siedemnastowiecznego Amsterdamu, unoszące się ponad żyłkami kanałów, ze współczesną drogą 101, obejmującą łagodnym ramieniem wzgórze Kalifornii, oddzielając je od bezmiaru Pacyfiku. Jest to łagodny, wszechobecnie unoszący się w powietrzu zapach marihuany.



Obraz: Adriaen Brouwer, „Wnętrze tawerny”, około 1630 r.

Rośliny konopi i ich kwiatostany od wieków były stosowane zarówno w celach „rekreacyjnych”, jak i leczniczych. Marihuana obecna jest nie tylko w światowej historii medycyny eksperymentalnej, ale i tej zupełnie ortodoksyjnej, znanej z oficjalnych, lekarskich podręczników. Konopie pomagać ponoć miały w uśmierzaniu bólu. Nic w tym zatem dziwnego, że palacze skrętów spotkać można także w sztuce, a być może najliczniej występują oni w scenach rodzajowych w siedemnastowiecznym malarstwie Niderlandów.

Chyba nikt z równą swadą, co Brouwer, nie uchwycił nastroju tych flamandzkich nocnych zadymlonych knajpek, z zapalczywie chępczącymi alkohol biesiadnikami, z policzkami powlekającymi się głęboką czerwienią i potłami sukien unoszącymi się coraz mniej dyskretnie do góry. Brouwer przedstawia rzeczy, jakimi są, bez filtra. W tle widać zamkniętą w ciasnym uścisku parę, malarz nie obawia się nawet umieszczenia na pierwszym planie bezceremonialnie oddającego moc z balangowicza.

Po lewej stronie obrazu dwaj uczestnicy imprezy w skupieniu przygotowują swoje używki, jeden z nich nabija lufkę, podczas gdy drugi z upojeniem zaciąga się już gotowym skrótem. W czasach Brouwera palacze lulek w barach zwano toeback-drinkers, oddawali się oni praktyce mieszania tytoniu z marihuaną. Sądząc po rozanielonym wyrazie twarzy, uzyskane skręty miały niewątpliwie aspekt leczniczy: łagodzenia bólu, jeśli nie tego fizycznego, to zapewne egzystencjalnego. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 02/2020

1. Zamiana miejscami sceny nieba w prawym górnym rogu z przedstawieniem ukrzyżowania po lewo.

Ustawienie czterech scen w rogach głównego panelu nie jest przypadkowe. Działają one na zasadzie antytezy – po lewej stronie scena grzechu pierworodnego skonstruowana została ze sceną ostatecznego odkupienia grzechów przez ukrzyżowanie Chrystusa. Po prawej stronie scenie piekielnej przeciwstawiono przedstawienie nieba.

2. Zamiana skrzypiec na saksofon u grajka na dole obrazu.

Saksofon jako instrument wynaleziono dopiero w XIX w. w Belgii, zatem jego obecność na tym obrazie byłaby niemożliwa.

3. Zamiana centralnej postaci kobiety tańczącej na figurę medyka od Czarnej Śmierci.

Przedstawienia danse macabre wywodzą się z tradycji średniowiecznej, kiedy Europę zdziesiątkowała Czarna Śmierć. Medycy, starający się uratować dotkniętych zarazą chorych, nosili specjalne kostiumy.

4. Dodanie czarnych krzyży pomiędzy tańczącymi postaciami.

Takie przedstawienie tańca śmierci z dodatkowymi elementami sugerującymi przemijanie jest znane zwłaszcza z niemieckich ujęć tej sceny.



Obraz:
„Taniec śmierci”,
Główny panel,
XVII w., kościół
Bernardynów
w Krakowie

NAGRODZENI Z „GL” 02/2020: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Marek Lew z Lublina**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Filip Bielec z Łodzi, Katarzyna Długosz-Śledź z Katowic, Bartłomiej Tomasiak z Katowic.**

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 15 marca 2020 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.

HISTORIA I MEDYCYNA

Operacja metodą Jatene'a

45 lat temu po raz pierwszy zastosowano prostaglandynę E₁ w leczeniu siniczej wady wrodzonej serca. W tym samym roku [1975] udało się z sukcesem wykonać korekcję anatomiczną przełożenia wielkich pni tętniczych [TGA].

TEKST DR N. MED. MAGDALENA MAZURAK, ODDZIAŁ KARDIOLOGII DZIECIĘCEJ, WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU



Te dwa wydarzenia na zawsze zmieniły historię naturalną tej wady serca, a rozpoznanie, wiążące się kiedyś z 90 proc. ryzykiem zgonu, dziś oznacza 90 proc. szansę 20-letniego przeżycia.

Pierwszy opis TGA (ang. transposition of the great arteries) pochodzi z 1797 r. Matthew Baillie, brytyjski patolog, przedstawił tę anomalię zarówno pod względem anatomii, jak i patofizjologii – na podstawie badania sekcyjnego serca 2-letniego dziecka. Pojęcie „transpozycji” oznaczało relację (pozycję) aorty i pnia płucnego w stosunku do przegrody międzykomorowej (trans). Kolejni badacze potwierdzali obserwacje

Prof. Jacek Moll, kardiochirurg, który wykonał najwięcej w Polsce operacji TGA metodą Jatene'a

o dłuższym przeżyciu pacjentów z tą wadą w przypadku istnienia komunikacji na poziomie przedsionków, komór lub przewodu tętniczego.

W latach 40. XX w. Vivian Thomas (technik chirurgiczny ze szpitala w Baltimore, USA) opracował technikę wytwarzania komunikacji międzyprzedsionkowej bez użycia aparatury do krążenia pozaustrojowego. Z jego doświadczeń skorzystali C.

Rollins Hanlon i Alfred Blalock, kreując metodę paliatywnej procedury zwiększającej mieszanie się krwi na poziomie przedsionków (operacja Blalock-Hanlon). W drugiej połowie lat 60. XX w. ten zabieg chirurgiczny zaczął być wypierany przez zabieg przeskorny, tj. atrioseptostomię balonową metodą Rashkinda, równie skuteczną, a mniej ryzykowną.

ŻADEN NIE PRZEŻYŁ

TGA stanowi 5-7 proc. wszystkich wad wrodzonych serca, częściej występuje u płci męskiej. Potrzeba korekcji anatomicznej TGA była oczywista, ale możliwości techniczne na to nie pozwalały. W 1952 r. Astley i Parsons napisali: „Niestety, obecnie nie jest możliwy transfer wielkich pni tętniczych do odpowiednich komór z powodu lokalizacji tętnic wieńcowych. Alternatywą może być transpozycja wielkich żył i skierowanie spływu z żył płucnych do prawego przedsionka, a z dwóch żył głównych do lewego przedsionka. Techniczne trudności mogłyby być ogromne, ale jest to wyzwanie [...]”.

5 marca 1952 r. William Mustard w Hospital for Sick Children w Toronto (Kanada) dokonał próby korekcji anatomicznej TGA (arterial switch). Trzeba pamiętać, że w latach 40. i na początku lat 50. ubiegłego wieku, kiedy podejmowano pierwsze próby wszelkich operacji kardiologicznych, nie było odpowiednich technologii do stworzenia aparatu zastępującego krążenie w czasie



Jestem przeciwnikiem twierdzenia: Nie zrobię tego, bo nie mam warunków. Jeżeli da się to zrobić, to warunki trzeba stworzyć.



wykonywanego zabiegu (maszyny płuco-serce). William Mustard użył więc jako oksygatora płuc mały. „Mając za sobą badania doświadczalne czuliśmy, że chirurgia u ludzi może być podejmowana w beznadziejnych przypadkach. Przełożenie wielkich pni tętniczych było przykładem takiej sytuacji” – wspominał Mustard po latach. W 1954 r. ukazała się jego publikacja opisująca siedmiu zoperowanych pacjentów. Żaden nie przeżył. William Mustard przedstawił także dwa istotne aspekty dotyczące TGA, które okazały się kluczowe dla późniejszych sukcesów operacyjnych. Pierwszą ważną kwestią było spektrum przebiegu tętnic wieńcowych w tej wadzie serca. Drugą – różnice średnicy aorty i pnia płucnego.

DZIECKO Z POLSKI

Kardiochirurg Charles Bailey z Filadelfii również przeprowadził kilka prób korekcy TGA. Procedura „switchover” została wykonana u trzech pacjentów, żadne z dzieci nie przeżyło. Zniechęceni swoimi wynikami Mustard, Bailey, Kay, Farouk... i wielu innych zrezygnowali z wcielania w życie idei arterial switch i na scenie theatrum operativum pojawiła się koncepcja zamiany spływów żył systemowych i płucnych (korekcja fizjologiczna, czyli atrial switch). W 1959 r. Ake Senning pochwalił się

swoim pierwszym sukcesem (spośród trzech prób) wykonanego zabiegu atrial switch. Pacjentem było dziecko z Polski, 8-letni chłopiec. W 1963 r. William Mustard wykonał procedurę atrial switch, stosując łąkę z osierdzia u 18-miesięcznej Marii Willing urodzonej z TGA oraz ubytkiem przegrody międzykomorowej (pacjentka żyje do dziś). Koncepcja zamiany spływów żył systemowych i płucnych w TGA zaczęła stawać się standardem.

W 1975 r. Elliot przedstawił wyniki zastosowania dożylnego wlewu prostaglandyny celem utrzymania drożności przewodu tętniczego i wzrostu utlenowania krwi u dwojga noworodków z sinicznymi wadami serca.

SIEDEM PRZYPADKÓW

Postęp techniki i doświadczenia poprzedników w ciągu następnych dziesięciu lat pozwoliły na podjęcie na nowo wyzwania korekcy anatomicznej – i ostatecznie osiągnięcie sukcesu w 1975 r. Dokonał tego Adib Jatene, który tak wspominał tamten czas: „Po przestudiowaniu literatury dotyczącej TGA byłem przekonany, że rozwiązaniem problemu jest przeszczepienie tętnic wieńcowych [...]. W tym miejscu mojej kariery (1975 r.) wykonałem już ponad dwa tysiące bypassów z żyły odpiszczkowej i ponad czterysta z tętnicy

Pięcioro noworodków z TGA operowanych metodą arterial switch w IP-CZMP Łodzi w jednym tygodniu w 1995 r.

Brak warunków to nie argument



Adib Domingos Jatene był synem libańskich imigrantów, którzy osiedlili się w Brazylii, w Sao Paulo. Początkowo chciał zostać inżynierem, ostatecznie zdecydował się na medycynę. Studia skończył w 1953 r. i zajął się torakochirurgią, konstruując kilka lat później swój własny model aparatu do krążenia pozaustrojowego. W 1961 r. został szefem eksperymentalnego laboratorium naukowego oraz oddziału kardiologii w Instytucie Kardiologii Danteo Pazanesse w Sao Paulo. Pasjonowała go inżynieria biomedyczna (był autorem patentów dotyczących oksygatorów membranowych i zastawek uchylno-dyskowych). Dwukrotnie był ministrem zdrowia Brazylii (1992 i 1995-96). Do niego należą słowa: „Jestem przeciwnikiem twierdzenia: Nie zrobię tego, bo nie mam warunków. Jeżeli da się to zrobić, to warunki trzeba stworzyć”. Prof. Adib Jatene zmarł w wyniku zawału serca 11 listopada 2014 r., miał 85 lat. Troje jego dzieci (Marcelo, Fabio, Leda) zostało kardiologami. ■

piersiowej wewnętrznej. Przeglądając przypadki TGA, utwierdziłem się, że tętnice wieńcowe odchodzą od zatok Valsalvy aorty przyległych do tętnicy płucnej. Wydawało się, że będzie możliwe, z niewielką mobilizacją, przeszczepienie ujść tętnic wieńcowych z fragmentami zatok Valsalvy do tętnicy płucnej. Potem trzeba by zamknąć ubytki w aorcie przy pomocy osierdzia, a następnie połączyć ujścia tętnic wieńcowych z tętnicą płucną. W tym czasie śmiertelność okołozabiegowa operacji Mustarda/Senninga (atrial switch) w przypadku przełożenia z ubytkiem międzykomorowym (TGA z VSD) była wyższa niż ta w przypadku prostego TGA. Dlatego właśnie zdecydowałem się wykonać tę nową operację



Jedna z pierwszych pacjentek z TGA operowanych przez prof. Jacka Mollę. Kobieta w 2018 r. urodziła w Łodzi zdrową córeczkę.

metodą Jatene'a przeżył 14 godzin. Zabieg technicznie był udany, problem dotyczył opieki pooperacyjnej. Następną operacją noworodka zakończyła się sukcesem i to był już ten dobry znak.

EMILIA

W 1990 r. prof. Jacek Moll został ordynatorem Oddziału Kardiologii w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Rok później operowano pierwsze noworodki z TGA. Początkowo śmiertelność była wysoka, umierało więcej niż co piąte dziecko. W kolejnych latach osiągnęto już dużo lepsze wyniki leczenia, dlatego też w Łodzi korekcja anatomiczna (metoda Jatene'a) szybko została uznana za metodę z wyboru leczenia noworodków z TGA. W innych ośrodkach w Polsce nadal wykonywano jedynie atrial switch (met. Senninga/Mustarda), bo wyniki były zadowalające.

Jedną z pierwszych pacjentek prof. Mollę była Emilia spod Łowicza, która żyje do dziś, skończyła studia, wyszła za mąż i w 2018 r. urodziła zdrową córeczkę. Jest prawdopodobnie pierwszą w Polsce kobietą po operacji atrial switch, która została mamą. Duża grupa pierwszych operowanych pacjentów uważa datę operacji za swoją datę urodzenia.

Jak wspomina prof. Jadwiga Moll: „Początkowo przestrzegaliśmy zasady, aby operacja odbyła się w pierwszym tyg. życia i dlatego np. w Wigilię 1995 r. było operowanych dwoje noworodków z TGA. Dotychczas operowanych było ponad 800 dzieci z TGA (proste postaci i złożone) wszyscy pacjenci są zarejestrowani w bazie, śledzimy ich losy od początku. W oparciu o opracowania naukowe (habilitacje, prace doktorskie, publikacje) ustaliliśmy własny algorytm postępowania – od pierwszej kontroli pooperacyjnej do wieku dorosłego”. W grupie pacjentów zespołu prof. Jacka Mollę są 2 pary rodzeństw po operacji met. Jatene'a. Syn prof. Jacka Mollę, Maciej, też jest kardiologiem dziecięcym, pracę doktorską poświęcił „Odległej ocenie tętnic wieńcowych u dzieci po korekcji anatomicznej TGA.” ■

w przypadkach z VSD. Pierwsze dziecko zmarło pod koniec zabiegu, ale właśnie ten przypadek przekonał mnie, że operacja jest wykonalna. Dlatego kolejną przeprowadziłem u 40-dniowego niemowlęcia z TGA,

samym czasie operację metodą Mustarda i Senninga były obarczone zdecydowanie mniejszym ryzykiem.

DOBRY ZNAK

W Polsce operację atrial switch po raz pierwszy wykonał William Norwood (1978 r.), a z chirurgów polskich – dr Marek Wites.

Największe doświadczenie w operacji metodą Jatene'a ma prof. Jacek Moll z IP CZMP w Łodzi. 20 lat temu ukazała się jego praca habilitacyjna pt. „Korekcja anatomiczna w przełożeniu wielkich pni tętniczych (TGA) u noworodków i niemowląt z zastosowaniem własnych modyfikacji chirurgicznych”. Prof. Moll w 1987 r. rozpoczął pracę w Zabrzu, gdzie miał zająć się operacjami dzieci, w tym noworodków, a przecież nigdy dotąd tego nie robił. Kiedy podzielił się z prof. Religą swoimi obawami i wątpliwościami, szef odpowiedział: „Musi być kiedyś ten pierwszy raz”. Na szczęście prof. Moll miał już duże doświadczenie w operowaniu tętnic wieńcowych. To mu bardzo pomogło w przygotowaniu do pierwszych operacji TGA, w których kluczowym elementem jest przeszczepienie tętnic wieńcowych. Pierwszy noworodek z TGA operowany w Zabrzu

“

Musiła minąć kolejna dekada, zanim operacja metodą Jatene'a stała się leczeniem TGA z wyboru.

VSD i dużym zastojem nad płucami. Poszło dobrze. Niestety, pięcioro innych dzieci, które kolejno operowałem, zmarło z powodu powikłań pooperacyjnych. [...]”.

Musiła minąć kolejna dekada, zanim operacja metodą Jatene'a stała się leczeniem TGA z wyboru. Wszystko przez liczne niepowodzenia z przeszłości. W końcu pierwsze próby zabiegów metodą atrial switch, przeprowadzane w latach 50. i 60. XX w., niosły za sobą 100 proc. śmiertelność, a te wykonywane w latach 70. i na początku lat 80. – były naznaczone śmiertelnością w ponad 50 proc. przypadków. To rodziło problemy etyczne, bo w tym



KULTURA

PhotoArtMedica 2019



**„A little bit of Bruce”,
dr Robin YONG (Australia)
Srebrny Medal Fotoklubu RP
(PhotoArtMedica 2019)**



REKLAMA

KULTURA

Literatura

OIL w Łodzi, na wniosek Literackiej Grupy Nieformalnej działającej przy łódzkim Klubie Lekarza, ogłasza X Ogólnopolski Konkurs Literacki pod hasłem „Wiatrem pisane”. Teksty należy przesać do **15 marca** na adres łódzkiej izby. ■

Fotografia

10 polskich artystów fotografików, w tym dwoje lekarzy, zostało wyróżnionych przez Międzynarodową Federację Sztuki Fotograficznej (FIAP). W uznaniu za osiągnięcia w międzynarodowych konkursach fotograficznych na świecie, tytuły artystyczne FIAP otrzymali dr Jacek Haratym i dr Krzysztof Muskalski. ■

Płyta CD

Światło dzienne ujrzała płyta CD z kolędami i utworami związanymi z okresem Bożego Narodzenia nagrana przez Gdański Chór Lekarzy działający przy OIL w Gdańsku. ■



Festiwal

6 czerwca w Olsztynie odbędzie się V Ogólnopolski Festiwal Lekarskich Zespołów Rockowo-Bluesowych „Esculap Rock”, którego organizatorem jest Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska. ■

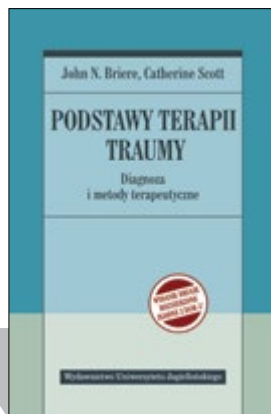
Sztuka

20 lutego w siedzibie OIL w Białymstoku miał miejsce wernisaż wystawy „Tuż obok...” Katarzyny Krauze-Romejko (kuratorzy wystawy: Anna Jakubowska i Paweł Pecuszok). ■



gazeta.lekarska.pl

NASZA CZYTEL尼亚



Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne

John N. Briere, Catherine Scott

Drugie, rozszerzone wydanie poradnika na temat leczenia traumy młodzieży i dorosłych, zgodnego z klasyfikacją DSM-5. Publikacja zawiera liczne wskazówki terapeutyczne i opisy przypadków, a także najnowsze wyniki badań naukowych. Dla klinicystów i terapeutów zajmujących się terapią traumy wynikającą zarówno z ostrych, jak też przewlekłych zaburzeń pourazowych.

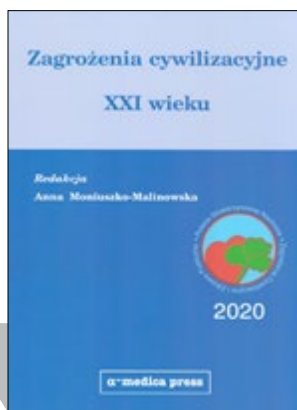


Doping w sporcie

Redakcja naukowa:

Andrzej Pokrywka,
Magdalena Bujalska-Zadrożny,
Artur Mamcarz

To publikacja, która kompleksowo porusza różne kwestie związane z dopingiem. Znajdziemy w niej m.in. zagadnienia prawne, jak również opisy dotyczące substancji zabronionych do stosowania w sporcie. W książce omówiono wiele skutków zdrowotnych, w tym kardiologicznych, endokrynologicznych i zaburzeń psychicznych, związanych z zażywaniem środków dopingujących.

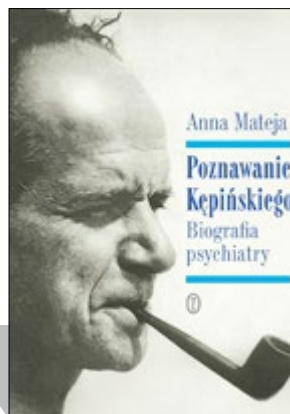


Zagrożenia cywilizacyjne XXI wieku

Redakcja:

Anna Moniuszko-Malinowska

Publikacja porusza problemy zdrowia publicznego w Polsce. Podjęte tematy dotyczą głównie zagrożeń zdrowia, takich jak czynniki ryzyka chorób układu krążenia, niealkoholowa choroba tłuszczowa wątroby, zakażenie HIV, zakażenia przenoszone przez kleszcze. Opisano też nowe zagrożenia, m.in. cyberzagrożenia związane z internetem czy też nałogi behawioralne wśród dzieci i młodzieży.



Poznanie Kępińskiego. Biografia psychiatry

Anna Mateja

Opowieść o najśłynniejszym polskim psychiatrze XX w. Lekarzu bezgranicznie oddanym swoim pacjentom, który zawsze najpierw poznawał chorego, a dopiero potem go leczył. Dlaczego został psychiatrą? Czy faktycznie doświadczył psychozy? Jaki wpływ miało na niego przebywanie w obozie Miranda de Ebro? Autorka zabiera czytelników w podróż z człowiekiem, który już za życia stał się legendą.

SPORT

Narty

W dniach **10-12 stycznia** w Ośrodku Czarna Góra-Sienna odbyły się XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w narciarstwie zjazdowym. W dwóch konkurencjach (gigant i slalom) wystartowało 9 pań i 40 panów z 9 izb. Natomiast na 8 marca w Istebnej na Stoku Żółty Groń zaplanowane są zawody narciarskie dzieci rodzin lekarskich. ■

Siatkówka

W dniach **27-28 marca** w Wieluniu odbędą się XX Mistrzostwa Polski Lekarzy w piłkę siatkową oraz III MPL Oldboy w piłkę siatkową. **Od 27 od 29 marca** w Bielsku-Białej odbędzie się Ogólnopolski Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy BKT Advantage. ■

Koszykówka

2. edycja Mistrzostw Polski Lekarzy w Koszykówce odbędzie się w dniach **5-6 czerwca** w Łodzi. Każda z drużyn musi liczyć od 6 do 12 graczy. ■

Bowling

14 marca w Bydgoszczy odbędą się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Bowlingu. ■



gazeta**lekarska**.pl



ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1975

Zapraszamy na spotkanie z okazji 45-lecia ukończenia wydziału lekarskiego AM we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 15-17 maja 2020 r. w „Zamku na skale” w Trzebieszowicach w Kotlinie Kłodzkiej (www.zamek-naskale.pl). Program zjazdu wraz z wysokością opłat na www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty na konto 32 1020 5226 0000 6102 0334 3431 (odbiorca Ewa Lewczuk) do 31 marca br. z dopiskiem „Zjazd 1975”. Informacje: Ewa Lewczuk (Kulej), tel. 691 348 007, e-mail ewalewcz@gmail.com

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W BIAŁYMSTOKU, ROCZNIK 1985

Zapraszamy na zjazd w dniach 15-17 maja 2020 r. w hotelu NATURA MAZUR Warchały. Koszt: piątek – kolacja przy grillu – 160 zł, sobota – bankiet – 340 zł. Rezerwacja pokoi telefonicznie na hasło „Absolwenci AMB 1985”. Wpłaty (z nazwiskiem i nr telefonu) na konto 42 1240 2890 1111 0010 6247 0086. Więcej informacji na stronie: Absolwenci AMB 1985. Organizatorzy: Barbara Olchowik-Sutuła (tel. 606 236 423), Grzegorz Mrugacz (tel. 602 636 656).

ZJAZD JUBILEUSZOWY AM W POZNANIU, ROCZNIK 1964-1970

Zjazd Jubileuszowy 50-lecia absolwentów Akademii Medycznej w Poznaniu, rocznik 1964-1970, w dniu 22 maja 2020 r. Kontakt z Komitetem Organizacyjnym: Hanka Kaczmarek (tel. 502 236 477), Leon Drobnik (tel. 518 76 26 73), Jerzy Gizło (tel. 602 661 531), Andrzej Mańkowski (tel. 601 395 576). Zapraszamy serdecznie do udziału!

ABSOLWENCI AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1980, KIERUNEK LEKARSKI

Zapraszamy na spotkanie z okazji 40-lecia ukończenia studiów (1980), które odbędzie się 23 maja 2020 r. Miejscem spotkania będzie Zjazd Piastowski w Kazimierzu Dolnym. Opłata za uczestnictwo, w tym zakwaterowanie, wynosi 300 zł od absolwenta / osoby towarzyszącej. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 67 1020 3147 0000 8202 0065 6215. W razie jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt: Andrzej Borzęcki, tel.: 516 045 517 lub poczta e-mail: andbo5@interia.pl.

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1964-1970

Zjazd odbędzie się w Lublinie w dniach 5-7 czerwca 2020 r., a wręczenie dyplomów w Collegium Novum UM. Koszt bez noclegów: 300 zł (os. towarzysząca 150 zł). Zakwaterowanie w hotelu Wieniawski, rezerwacja indywidualna (tel.: 81 459 92 00, kom. 515 595 507 na hasło „zjazd

lekarzy” do 5 maja br.). Zgłoszenia i wpłaty na zjazd prosimy przysyłać na adresy i konta organizatorów do 30 kwietnia 2020 r. Organizatorzy: Liliana Szymańska Mazur (tel.: 605 589 587, e-mail: lilianamazur@gmail.com, nr konta: 66 1020 3176 0000 5102 0033 8376), Irena Woźnica (tel.: 601 272 435, e-mail: medycynaogolna@gmail.com), Jolanta Żuber Wieczorkiewicz (tel.: 604 415 883, e-mail: jwieczorkiewicz@gazeta.pl, nr konta: 24 1240 2496 1111 0000 3761 2432).

ZŁOTY JUBILEUSZ UZYSKANIA ABSOLUTORIUM, ROCZNIK 1964-1970 W WARSZAWIE

Główne uroczystości odbędą się 27 czerwca 2020 r. (sobota) o godz. 11:00 w Centrum Dydaktycznym WUM przy ul. Trojdena 2 w Warszawie, a po nim spotkanie towarzyskie w Klubie Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54. Koszt: 380 zł płatne na konto: Ewa Szmerdt – Sisicka 84 1750 0012 0000 0000 1204 8416 dla zagranicy: SWIFT PPABPLPKXXX – do końca maja br. Kopie dyplomów należy przysyłać do 2 kwietnia br. na e-mail: lekarski@wum.edu.pl. Komitet organizacyjny: Wiesław Niesłuchowski (22) 659 88 32 VIGOR, Maria Sergiej Balcerzak 693 345 683, Ewa Szmerdt – Sisicka 302 701 982.

ZJAZD KOLEŻEŃSKI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AMG 1974-1980

7 listopada 2020 r., godz. 18.00, miejsce: Grand Hotel Sopot ul. Powstańców Warszawy 12, cena: 300 zł. Wpłaty na konto Santander Bank Polska 62 1090 1098 0000 0001 4419 5361, tytułem „bal” do 30 września 2020 r. Rezerwacja pokoi indywidualna z rabatem na hasło „bal 1980”, tel. 58 520 60 37. Kontakt: Anna Skuratowicz-Kubica (tel. 58 551 88 26, kom. 513 773 028, a.skuratowicz@wp.pl), Janusz Sędzikowski (601 682 979, pean@tlen.pl).

WYDZIAŁ LEKARSKI COLLEGIUM MEDICUM UJ W KRAKOWIE, ROCZNIK 2000

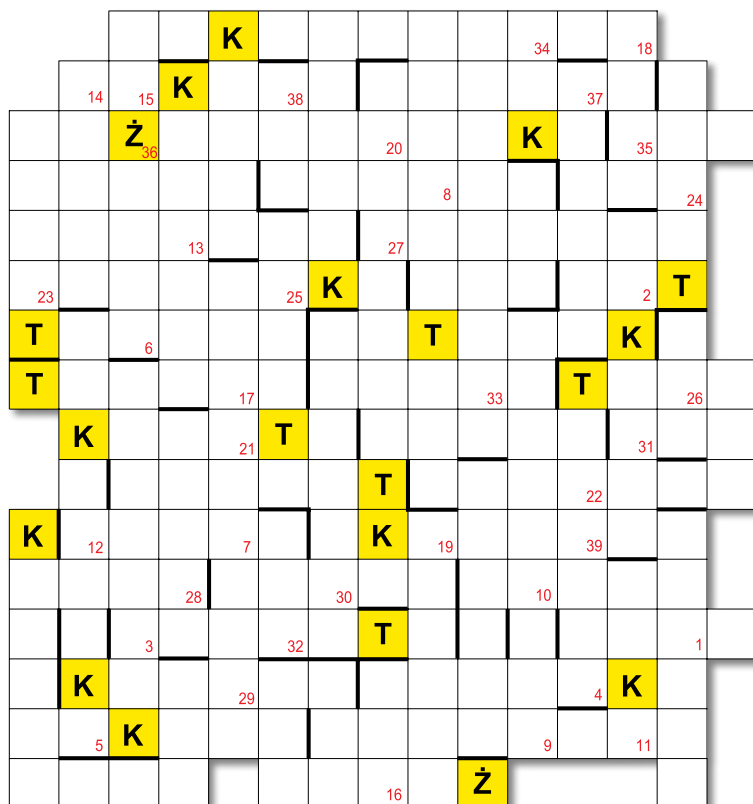
Koleżanki i Koledzy, 26 grudnia 2020 r. planujemy zorganizować w Krakowie spotkanie absolwentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UJ. Chętnych prosimy o szybki kontakt mailowy na adres: gorskaa@gmail.com, serdecznie zapraszamy! Organizatorzy.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1972

W 2022 r. minie 50 lat od ukończenia studiów. To okazja do zorganizowania zjazdu. W ramach przygotowania do spotkania Komitet Organizacyjny proponuje wydanie książki wspomnieniowej opisującej czas studiów, pracy zawodowej, opowieści rodzinne i przemyślenia po 50 latach w zawodzie. Zapraszamy do współautorstwa tej publikacji. Proponujemy 2 strony tekstu A4 (czcionka 12) + możliwość dołączenia zdjęcia. Data nadesłania materiałów: do 30 czerwca 2020 r. do Krzysia Derenia: deren.krystyna@gmail.com

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

Objaśnienia 71 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: K, T i Ż. Na ponumerowanych polach ukryto 39 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Liwiusza. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 marca 2020 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* lek na wszystko * płynie pod Tower Bridge * ojczym Jezusa * skutek alopecji * Johannes, autor praw ruchu planet * skrajne nacjonalistki * azalie * szpileczka z główką * leczą (łac.) * kielbasa włosko-węgierska * stadion, gdzie Tomaszewski powstrzymał Anglię * imię Amina Dady * dźwięk, głos * pakistańska metropolia * kresowa sałatka śledziowa * między holmem a tulem * nakręcił „Noce i dnie” * ojciec Jafeta * końskie lub kowalskie * iuventus * głąbiel * anus * rym niedokładny * stanowi 20 proc. powietrza * jednostka pracy, pustynia * kraj pierwszego przeszczepienia serca * część hamulca * Theodule, pionier psychologii eksperymentalnej * potwierdzenie, akceptacja * azerska stolica * roślina o nietrwałych, nadziemnych pędach * naramiennik * spis błędów * cmentarz z grobem Matejki i prof. Dietla * ksywa kontrolera biletów * zmierzanie ku czemuś * glon, wodorost * czynność miłej u Grechuty * egipska bogini nieba * enema, lewatywa * dopływ Łaby, wypływa ze Smreku * druk, ulotka * końska głowa * mistyczny kierunek islamu * lokal auta * coxae * zagłębienie, land i rzeka * Narashima, premier Indii * antygen sterczowy * buty kapitana * bankowy skarbiec * ostroga (łac.) * płynie w Chocimiu * część pociągu * metal o l. at. 58 * premier Iranu (1951-53) * członek Izby Lordów * Waranesi dawniej * mieszka w kuchni * Turku * Plasmodium * prototyp Pantalone * imię pierwszego rektora AM w Białymstoku * naczelnny organ kontroli państwowej * zdrowsza część pietruszki * między Adriatykiem a Zatoką Wenecji * granulocyty kwasochłonne * nasz cudowny zespół LA sprzed lat * pokój pacjentów * książkę mużulański * dokucza mu spasmophemia

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 250 („GL” nr 12/2019-01/2020, wydanie jubileuszowe)

Trzeba mieć końskie zdrowie, aby być wołem roboczym.

Nagrody otrzymują:

Andrzej **Baj** (Puławy), Monika **Cichowska** (Gdynia), Katarzyna **Grochowska** (Chełm), Katarzyna **Gietka** (Zamość), Anna **Kawałek** (Gdynia), Maksymilian **Kobiątko** (Boleścin), Ryszard **Lesiński** (Biskupice), Joanna **Namietko-Lowiec** (Gdańsk), Ryszard **Płóciennik** (Lipka), Iwona **Żydek** (Chybie). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelna
Rada
Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 176 300 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

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

Lucyna Krysiak
dziennikarz
Tel. 698 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

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

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

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

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

Ogłoszenia
Ołga Anisko
Tel. (22) 559 13 26
o.anisko@gazetalekarska.pl

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

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 skrótów, adiacji, 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 recepty 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).

