

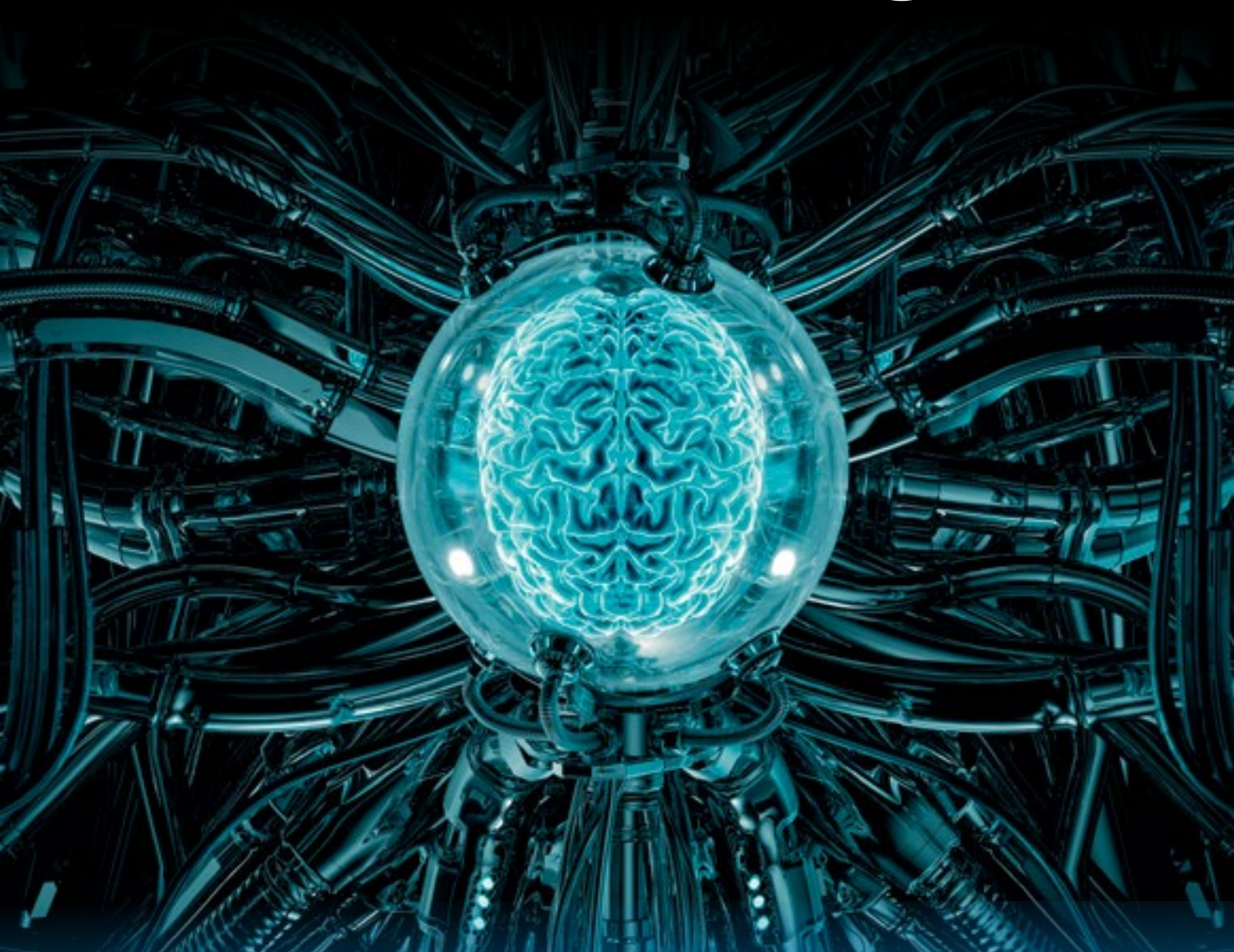


GAZETA

PISMO IZB
LEKARSKICH

03 | 2021

LEKARSKA



Centralizacja

ZMIANY W SZPITALACH

Rok z pandemią | Nowy wiceprezes NRL | Potajemne nagrywanie wizyty
Dodatek covidowy | Los stomatologii szkolnej | Uproszczony dostęp do zawodu

W tym numerze

NR 03/2021 MARZEC GAZETA LEKARSKA

46 STOMATOLOGIA



4

Maski, tarcze, maskarada – tymi trzema słowami można podsumować mijający rok pandemii.

49

Centralizacja szpitali? Powrócił spór o to, czy organów tworzących szpitale nie jest za dużo.



TEMAT NUMERU

19

COVID-19 obnażył nieprzygotowanie do stawienia czoła epidemii chorób zakaźnych.

Samorząd

- 4 Maski, tarcze, maskarada
- 10 Szkółmy się, może świat będzie lepszy
- 14 Łatwo się nie poddaję
- 16 Zdominowani przez techników dentystrycznych

Temat numeru

- 19 Pandemia w liczbach
- 20 To już rok
- 23 Czego uczy epidemia?
- 26 Nie przekazujemy dzieciom lęku

Prawo i medycyna

- 28 Epidemia a badania okresowe pracowników
- 29 O lekarzu dentyście, któremu odebrano PWZ

- 30 Potajemne nagrywanie wizyty
- 31 Uproszczony dostęp do zawodu – zgodność z prawem unijnym i inne kontrowersje
- 35 O dodatku covidowym raz jeszcze
- 36 O prawach i obowiązkach biegłych sądowych
- 39 Biuletyn

Praktyka lekarska

- 38 Estetyczna – czyli Medycyna dla Medyków
- 45 SDZJU 2021
- 46 Niepewny los stomatologii szkolnej
- 48 Uprawnienia IOR
- 49 Centralizacja szpitali?
- 56 Badania trafione w punkt
- 58 Kolejny miesiąc z koronawirusem

- 59 Argentyńska afra szczepionkowa
- 60 Podwójna weryfikacja
- 63 Czarny łabędź
- 64 Bliskość i bezpośredniość są najważniejsze
- 66 Zmiany klimatyczne odpowiadają za pandemię?

Po godzinach

- 68 Byle nie zabrakło łóżek
- 69 Zamieszanie i zmęczenie
- 70 Ostatnia tajemnica Marszałka
- 72 Po cichu
- 74 Kultura
- 75 Sport
- 76 Agatka
- 78 Ogłoszenia
- 80 Zjazdy koleżeńskie
- 82 Jolka lekarska

Maski, tarcze, maskarada



Andrzej Matyja
prezes NRL

Jeśli ktoś myśli, że tytuł tego felietonu ma związek z zakończonym karnawalem, to jest w błędzie. Gdy się wsłuchać w opinię środowiska, to tymi trzema słowami można podsumować mijający rok pandemii.

4 marca mija rocznica potwierdzenia pierwszego w Polsce zakażenia SARS-CoV-2. 20 marca ub.r. ogłoszono stan epidemii, a 25 marca wprowadzono w naszym kraju lockdown. Jeszcze kilka tygodni wcześniej, mimo nadchodzących ze świata i Europy niepokojących wiadomości o niebezpiecznym wirusie, lekceważono sytuację i w niewybredny sposób kpiono z obaw. Jeśli komuś się wydawało, że „nasza chata z kraja”, to szybko został sprowadzony na ziemię.

Wirus nie zatrzymał się na granicy. Mimo prężenia muskułów przed kamerami, władze oblały egzamin z zarządzania kryzysowego. Brak podstawowych środków ochrony indywidualnej, testów, jasnych wytycznych, wykluczające się decyzje i te z kategorii absurdalnych (jak zakaz wstępu do lasów), brak otwartej komunikacji, wiarygodnych danych i merytorycznego uzasadniania podejmowanych działań. Zamykanie ust lekarzom i personelowi medycznemu, ignorowanie opinii środowiska medyków, kompetencyjna szamotanina, łącznie z naruszaniem praw obywatelskich i pracowniczych lekarzy. Brak zabezpieczenia finansowego dla personelu medycznego kierowanego do walki z COVID-19 i brak bezpieczeństwa prawnego. Za to dużo wzniosłych słów o bohaterstwie, poświęceniu, heroizmie, a wszystko to w świetle kamer i w narodowym anturazie. Jednocześnie unikanie decyzji o ogłoszeniu stanu klęski żywiołowej lub stanu wyjątkowego. Przesądziła o tym polityka. Konsekwencje są długofalowe i jeszcze trudne do oszacowania ze względu na brak podstaw prawnych dla decyzji administracyjnych, co – koniec końców – kompromituje państwo i pozwala obywatelom z przymrużeniem oka traktować różne epidemiczne obostrzenia. Ma to też poważne konsekwencje prawne, ale to nie miejsce, by się na ten temat rozwodzić.

Rok temu społeczeństwo stanęło na wysokości zadania. Spontaniczna pomoc medykom, sąsiadom, gesty solidarności – to było bardzo budujące i pozostanie w naszej pamięci.

W tle jednak zaczęła narastać agresja wobec naszego środowiska, podsycana przez rządzących, którzy skutkami swoich błędnych decyzji lub opieszałości próbowali obarczyć lekarzy. A to, że są źródłem rozprzestrzeniania zakażeń, że uchylają się od obowiązków i ignorują skierowania wojewodów do wybranych placówek; to znów, że w panice przed zakażeniem kryją się za teleporadami... Socjotechniczny zabieg z przekierowaniem na medyków ostrza społecznej krytyki za niepowodzenia walki z pandemią jak dotychczas nie powiódł się. Boleśnie – po raz kolejny – przekonaliśmy się jednak, że przez dekady zaniedbywana ochrona zdrowia dla pacjenta ma twarz konkretnego lekarza, i to na niego spada frustracja naszych współobywateli.

Środowisko medyczne stało się – nazwijmy rzecz po imieniu – obiektem manipulacji. Za osłoną kolejnych tarcz dla gospodarki wprowadzono zaostrzenie przepisów karnych, obejmujących również lekarzy. Nasza propozycja wprowadzenia tzw. klauzuli miłosiernego samarytanina w procesie legislacyjnym została zredukowana do karykaturalnej postaci. Na nas nałożono zaostrzone rygory karne za możliwe błędy, a w tym samym czasie urzędnicy otrzymali glejtk bezkarności za nietrafione decyzje w czasie pandemii.

Takich uwłaczających nam posunięć było więcej, choćby niedawne szerokie otwarcie granic dla lekarzy i lekarzy dentyków z dyplomami spoza UE. Nie udało się przepchnąć niebezpiecznych przepisów w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, to zrobiono to przy okazji projektu poselskiego pod hasłem wypełniania braków kadrowych w czasie COVID-19. Zaproponowano drogę na skróty, niebezpieczną dla pacjentów, dyskryminującą

polskich adeptów sztuki medycznej i jednocześnie narażającą na poważną odpowiedzialność doświadczonych polskich lekarzy, którzy mieliby opiekować się kolegami z zagranicy o niezwyfikowanych kwalifikacjach i bez znajomości jęz. polskiego. Zdziwiła determinacja, z jaką w toku prac sejmowych forsowano ustawę o zatrudnieniu cudzoziemców, niezależnie od siły argumentów i liczby osób, które krytycznie wypowiadały się na ten temat, i trudno się dziwić, że nową regulację nazwano ustawą o rozwoju agencji pośrednictwa pracy. Jakby tego było mało, wręcz skrajną liberalizację w dostępie do polskiego pacjenta zaoferowano anesteziologom, co jest przejawem wyjątkowej nieodpowiedzialności.

Cyniczne jest to, że przepisy tarcz wprowadzane są rzekomo na czas pandemii, ale konia z rzędem temu, kto w to uwierzy. Nie przyniosą one chwały rządzącym. Podobnie jak wątpliwe inwestycje w maseczki, respiratory, szpitale polowe. Podatnicy wcześniej czy później o to zapytają.

Rok zmagania z pandemią zamykamy upokarzającymi nas sporami o dodatki covidowe, przewlekłymi dyskusjami o wynagrodzeniach, upominaniem się o możliwość dokończenia specjalizacji przez kolegów, którzy zdecydowali się na wolontariat. Do tego jeszcze doszedł chaos szczepionkowy – mimo zapewnień Ministra Zdrowia o możliwości szczepień lekarzy w dowolnych punktach, spora rzesza naszych koleżanek i kolegów z grupy „0” nie została zaszczepiona, ustępując miejsca innym, a do kolejki medykom pozwolono wrócić dopiero 7 marca. Opóźnienia w dostawach dotyczą wszystkie kraje i nie jesteśmy wyjątkiem, ale po roku zarządzania w kryzysie mamy prawo oczekiwać sprawnej komunikacji, by nie dezinformować medyków i nie prowokować dodatkowych sytuacji konfliktowych między „białym personelem” a pacjentami.

W rocznicę pandemii można by też spodziewać się, że przedstawiciele władz państwowych gotowi są do poważnych rozmów o teraźniejszości i przyszłości ochrony zdrowia, zwłaszcza że różne gremia i środowiska zebrały pokaźny materiał na temat ich doświadczeń walki z pandemią oraz dramatycznych skutków dla całej ochrony zdrowia i zagrożeń populacyjnych. Takiej debacie mogłaby patronować głowa państwa. Tymczasem na



#LeczymyMimoWszystko

spotkanie, które odbyło się 22 lutego br. – jak czytamy na stronie Kancelarii Prezydenta RP – „z przedstawicielami służby zdrowia zaangażowanymi w walkę z pandemią koronawirusa (...), którzy są na pierwszej linii walki”, zaproszenia kierowano zapewne według klucza politycznego, bo raczej nie po to, by poznać pełny obraz sytuacji. To dziwi, skoro – i tu znów cytuję wypowiedzi szefa Biura Bezpieczeństwa Narodowego Pawła Solocho, zaczerpnięte ze strony internetowej Kancelarii Prezydenta – „celem [tego typu] spotkań jest zapoznanie się przez Prezydenta z działaniami podejmowanymi w ciągu minionego roku przez struktury państwa, struktury pozarządowe i sektor prywatny. (...) Dla Prezydenta istotne jest zebranie wniosków i rekomendacji, które będziemy następnie przedstawiać i omawiać ze stroną rządową”.

„Nigdy nie marnujcie dobrego kryzysu” – mawiał Winston Churchill.

Jedni powiedzą: nasi decydenci wciąż się uczą. Inni uznają, że – wprost przeciwnie – lekcję fałszywie rozumianego „piaru” opanowali w stu procentach. Wiedzą, że sprawdza się gra na emocjach i bezwzględne wykorzystywanie inteligenckiego etosu. Lekarz to misja, powołanie, kodeks etyki, przysięga Hippokratesa, a więc zaciśnie zęby i stawia się tam, gdzie go potrzebują. Jeśli się zbuntuje, będzie mieć przeciwko sobie gniew ludu. Ten moralny i emocjonalny szantaż stosowany jest wobec nas od dawna, ale jego siła słabnie. Jeszcze w ramach akcji Porozumienia Organizacji Lekarskich mówimy #LeczymyMimoWszystko. Mówią to też młodszy koledzy, ale tak, jak ich pokolenie, mają coraz mniej cierpliwości i tolerancji dla maskarady, jaką się nam funduje. I nie tylko oni, o czym świadczą wpisy w naszych samorządowych komunikatorach. ■



**Alicja
Szczepczyk**



**Rafał
Hołubicki**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Nowy wiceprezes

29 stycznia, w czasie pierwszego w 2021 r. posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, Artur Drobniak, dotychczasowy zastępca sekretarza NRL VIII kadencji, został wybrany na wiceprezesa NRL. Zastąpił on na tym stanowisku odwołanego w grudniu zeszłego roku dr. Jacka Kozakiewicza. Rozmowa z Arturem Drobniakiem na str. 14-15 „GL”. ■

Prezes NRL Człowiekiem Roku 2020

Federacja Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, największa ogólnopolska organizacja samorządu terytorialnego zrzeszająca w regionalnych związkach 1000 gmin, powiatów i województw, przyznała tytuł Człowieka Roku 2020 prezesowi NRL Andrzejowi Matyi „jako wyraz uznania i podziękowania dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia, walczących z oddaniem i poświęceniem o zdrowie i życie Polaków w czasie największej od 100 lat pandemii COVID-19”.

Tytuł Człowieka Roku 2020 otrzymał także Paweł Borys, prezes Polskiego Funduszu Rozwoju. ■

Stypendia

Stypendia Naczelnej Rady Lekarskiej

Do 10 000 zł na rozwój zawodowy

- > kursy, warsztaty, staże
- > polskie i zagraniczne

Zapraszamy > stypendia.nil.org.pl

**APLIKUJ
o stypendium NRL**



Od 2021 r. funkcjonuje nowy system składania wniosków o przyznanie stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej na rozwój zawodowy lekarzy do 35 r.ż.

Wnioski można składać pod adresem: <https://stypendia.nil.org.pl/>, gdzie znajdują się także wszelkie informacje odnośnie stypendiów. Zapraszamy! ■

Stanowisko Forum Naukowego Covid-19 NIL

Zespół ekspertów Forum Naukowego COVID-19 NIL opracował stanowisko w zakresie oceny ryzyka szczepień przeciw COVID-19 u pacjentów z podejrzeniem zespołu kruchości lub chorobą przewlekłą w fazie terminalnej, które zostało przekazane do Rady Medycznej przy Prezesie Rady Ministrów.

Jest to dodatkowe narzędzie ułatwiające ocenę pacjenta, u którego kwalifikacja do szczepienia budzi wątpliwości. Jego zastosowanie nie ma na celu odroczenia szczepienia, ale ma pomóc lekarzom oraz pacjentom w podejmowaniu decyzji, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Pełna treść stanowiska na stronie NIL. ■



Wersja 2.0 białej księgi nt. szczepień przeciw COVID-19



W ramach inicjatywy „Nauka przeciw pandemii” opublikowano zaktualizowaną wersję białej księgi „Szczepienia przeciw COVID-19. Innowacyjne technologie i efektywność”. Wydanie 2.0 przybliża temat szczepionek wektorowych, zasadę działania adenowirusów oraz wyjaśnia różnice między

szczepionkami wektorowymi, a tymi opartymi o RNA. Zawiera również najbardziej aktualne informacje dotyczące Narodowego Programu Szczepień i roli lekarzy POZ oraz służb medycznych w strategii promocji szczepień przeciw COVID-19. Zaktualizowana wersja publikacji jest dostępna m.in. na stronie NIL. ■



Kontrowersje wokół dodatku 100 proc.

Prezes NRL Andrzej Matyja zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do ujednolicenia zasad wypłacania lekarzom dodatku covidowego. Nieprecyzyjne regulacje wprowadzone w formie polecenia MZ są różnie interpretowane, co skutkuje, że za taką samą pracę jednym lekarzom dodatek jest wypłacany, a innym nie. Otrzymana z ministerstwa odpowiedź na pismo skierowane w tej sprawie nie odnosi się do zasygnalizowanego problemu, lecz jedynie przytacza treść regulacji, będących powodem rozbieżności.

Początkowo nie wsłuchano się w postulat środowisk medycznych dotyczące ustawowego uregulowania tej kwestii, forsując rozwiązanie oparte na poleceniu MZ, a obecnie unika się rozstrzygnięcia pojawiających się wątpliwości dotyczących realizacji tego polecenia. ■

Problem z ukończeniem specjalizacji na wolontariacie

Na początku lutego prezes NRL Andrzej Matyja zwrócił się do Ministra Zdrowia, sygnalizując trudną sytuację lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy do dnia wejścia w życie ustawy z 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw realizowali specjalizację w ramach wolontariatu. Nowe przepisy nie przewidują wspomnianej formy lub innej nieodpłatnej umowy z podmiotem szkolącym.

MZ nie dostrzega dramatu wielu lekarzy, którym grozi przerwanie

szkolenia specjalizacyjnego. Z treści odpowiedzi resortu wynika, że nie ma obecnie możliwości kontynuowania wcześniej zawartych umów o szkolenie specjalizacyjne w trybie wolontariatu. Sugeruje się, że podmioty szkolące powinny dokonać ich aneksowania, w celu wprowadzenia do treści umów zapisów o wynagrodzeniu nie niższym niż minimalna stawka godzinowa za pracę, ustalona na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. ■

Szczepienia dla pacjentów onkologicznych

W odpowiedzi na pismo prezesa NRL do Premiera RP ws. umożliwienia szczepień pacjentów onkologicznych w etapie „0” Narodowego Programu Szczepień, o czym pisaliśmy w poprzednim numerze „GL”, MZ wskazało, że etap „0” pozostanie bez zmian. Do etapu „1” zostaną zakwalifikowane osoby urodzone po 1961 r. z następującymi stanami zwiększającymi ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19: dializowane, z chorobą nowotworową w trakcie leczenia do roku, licząc od dnia ostatniej hospitalizacji do dnia podania pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19, w trakcie przewlekłej wentylacji mechanicznej lub po przeszczepieniu komórek, tkanek i narządów. ■

Współpraca NIL i Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie

19 lutego br. prezes NRL podpisał umowę ramową o współpracy z Uniwersytetem Ekonomicznym w Krakowie.

Umowa obejmuje m.in. realizację wspólnych prac badawczych mających na celu zidentyfikowanie najlepszych praktyk zarządzania w ochronie zdrowia, doradztwo naukowo-badawcze, ekonomiczne oraz inne ekspertyzy, współpracę przy tworzeniu szkoleń, kursów, konferencji i studiów podyplomowych związanych z tematyką ekonomiki i zarządzania, współpracę w organizacji praktyk studenckich, uczestnictwo osób wskazanych przez NIL w pracach dydaktycznych Uniwersytetu oraz udział doradczy kadry naukowo-dydaktycznej UEK w niektórych obszarach tematycznych związanych z działaniami NIL. ■

SKRINING

Krytyka projektu MZ dotyczącego anestezjologii i intensywnej terapii



Pełna treść stanowiska
na stronie NIL

Prezydium NRL w stanowisku z 2 lutego negatywnie oceniło projekt zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozp. ws. standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, zaznaczając, że dopuszczenie lekarzy z PWZ uzyskanym w tzw. uproszczonym trybie do wykonywania czynności zastrzeżonych dotychczas dla lekarzy specjalistów nie poprawi organizacji pracy w obszarach anestezjologii i intensywnej terapii, a wręcz

tę organizację zaburzy. Według PNRL lekarze specjaliści będą dodatkowo obciążeni nadzorowaniem lekarzy o niezwyfikowanych kwalifikacjach i wątpliwej znajomości jęz. polskiego oraz będą ponosić odpowiedzialność w przypadku wyrządzenia przez nadzorowanych szkody pacjentowi. Znacząco obniży się także poziom bezpieczeństwa pacjentów.

Sprzeciw budzi również twierdzenie z uzasadnienia projektu, sugerujące, że lekarze, który uzyskali kwalifikacje

i tytuł specjalisty poza obszarem UE, posiadają większą wiedzę i umiejętności od lekarzy będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Zdaniem PNRL taka teza jest nieuprawniona, krzywdząca i wskazuje, że MZ ceni sobie bardziej lekarzy cudzoziemców, których dyplomy nie podlegają procedurze nostryfikacji, a programy ukończonych specjalizacji nie muszą podlegać merytorycznej ocenie konsultantów krajowych. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Apel w sprawie szczepienia lekarzy

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zaapelowało 13 lutego do Rządu RP o zapewnienie możliwości zaszczepienia się w szpitalach węzłowych osób z grupy „0” w każdym momencie pomimo uruchomienia programu szczepień osób z grupy „1”, a także o zapewnienie możliwości otrzymania drugiej dawki szczepionki w zalecanym przez producenta

terminie, a w przypadkach losowych możliwości przyjęcia w najszybszym możliwym terminie wybranym przez lekarza kwalifikującego.

Prezydium ORL po raz kolejny podkreśliło, że szczepienie personelu medycznego, w tym lekarzy i lekarzy dentyków, jest sprawą priorytetową dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce. ■

Live prawny

W lutym odbyło się kolejne spotkanie online dotyczące zagadnień prawnych, zorganizowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Łodzi. Tym razem radca prawny Jarosław Klimek poruszył kwestie prawne związane z wypłacaniem dodatków covidowych. Odpowiadał też na pytania, które wcześniej zgłoszono. Wydarzenie można było obejrzeć na żywo za pośrednictwem Facebooka – na profilu OIL w Łodzi.

Łódzka izba rozpoczęła cykl spotkań prawnych na żywo w mediach społecznościowych w lipcu ubiegłego roku. Wszystkie można obejrzeć na



facebookowym profilu izby. Dotyczą one m.in. potencjalnych roszczeń pacjentów związanych z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przy udzielaniu świadczeń czy kwestii prawnych związanych z odbywaniem wizyty lekarskiej w ramach teleporady. ■

Wspólne posiedzenie izb

Pandemia nie przeszkodziła w zorganizowaniu kolejnego, siódmego już spotkania Prezdydów Dolnośląskiej i Saksońskiej Izby Lekarskiej. Tym razem odbyło się ono w formie wideokonferencji. Wydarzenie to miało miejsce pod koniec stycznia.

Polscy oraz niemieccy lekarze i lekarze dentyści wymieniali się doświadczeniami związanymi z walką z COVID-19. Dyskutowano m.in. o przebiegu akcji szczepień

ochronnych w Polsce i w Niemczech, a także o roli izb lekarskich w czasie pandemii. Poruszono również kwestię informatyzacji ochrony zdrowia, która przez sytuację związaną z koronawirusem wyraźnie nabrała tempa, choć – o czym mówili uczestnicy spotkania – nie wszędzie jest ono jednakowo duże. Pełna relacja z tego wydarzenia dostępna jest w lutymowym wydaniu „Meritum”, biuletynie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. ■

Zapomogi dla poszkodowanych

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie uruchamia Fundusz COVID-19. Lekarze i lekarze dentyści zrzeszeni w izbie, którzy z powodu zakażenia SARS-CoV-2 byli hospitalizowani i wymagali respiratoroterapii bądź wysoko przepływową tlenoterapii, łącznie z hospitalizacją, oraz mający inne ciężkie powikłania w związku z zakażeniem wirusem, mogą składać wnioski o zapomogę.

Z pomocy mogą skorzystać osoby, które nie mają zaległości finansowych na rzecz warszawskiej izby oraz są w trudnej sytuacji materialnej. Wnioski można przysyłać na adres: fundusz@oilwaw.org.pl.

Z zapomogi w ramach funduszu zostały wyłączone osoby, które otrzymały odszkodowanie w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 z polisy ubezpieczeniowej zawartej przez OIL w Warszawie.

Bezpłatne konsultacje

W związku ze zbliżającym się Światowym Dniem Zdrowia Jamy Ustnej Komisja Stomatologiczna Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie podjęła inicjatywę o zorganizowaniu bezpłatnych konsultacji stomatologicznych dla mieszkańców woj. zachodniopomorskiego – czytamy na stronie izby.

Lekarze dentyści, którzy chcieliby wziąć udział w tej akcji, poprzez udostępnienie pacjentom darmowych konsultacji stomatologicznych, proszeni są o wypełnienie formularza zgłoszeniowego, dostępnego na portalu szczecińskiej izby. Akcja ma odbyć się w dniach 15-19 marca. ■

„Miłość i życie w czasach pandemii”

Wielkopolska Izba Lekarska wyprodukowała film z finażu wystawy „Miłość i życie w czasach pandemii” i „Co jest ważne...?” z pracami lekarek z Koła Malujących Lekarzy WIL. Wystawa miała miejsce na początku stycznia tego roku w Galerii im. Jerzego Piotrowicza w Poznaniu. Film na www.wil.org.pl. ■



Szkółmy się, może świat będzie lepszy

Krzysztof Madej

W świadomości zbiorowej i indywidualnej każdego czasu zawierają się pewne kategorie ogólne, wynikające z ducha epoki. Wyznaczają one to, jak żyjemy, myślimy, komunikujemy się i pracujemy, zarówno jako różnej wielkości zbiorowości, jak i jako jednostki.

Wśród nich, obok najrozmaitszych światopoglądów i idei, które mają zazwyczaj bardzo odległe w czasie uwarunkowania, występują jeszcze prognozy i coś, co pozwoliłem sobie nazwać poprawnością, lecz o znacznie krótszej genezie. Kategorię pojęciową „poprawność” zaczerpnąłem, per analogiam, z modnego obecnie terminu „poprawność polityczna”. Ta ostatnia to pochwała godzenia się na najdłuzsze brewerie świata polityki, bo tak wypada w dzisiejszych czasach. Poprawność polityczna zawiera się zresztą w tym ogólnym nurcie poprawności, który ma wiele odston: światopoglądowych, obyczajowych, historycznych, kulturowych itd. Te poprawnościowe odruchy to są, w moim przekonaniu, niesprawdzone procesem historycznym poglądy i działania irracjonalne, czasami wręcz absurdalne, niekiedy szkodliwe, a czasami obojętne – wszystkie załatwiające drobną potrzebę zbiorową lub indywidualną, lecz nieprzynoszące żadnego długotrwałego pożytku. Niektóre z nich można by wręcz nazwać modą. Godzimy się na nie dla tzw. świętego spokoju, choć podskórnie czujemy ich bezsens, ale niekiedy uwewnętrzniamy je sobie i nabieramy przekonania, że tak właśnie należy myśleć i postępować, bo to jest postępowe lub, lepiej powiedzieć, nowoczesne.

Wszystkie one porządkują, a przede wszystkim uspokajają nasze funkcjonowanie. Nie mamy aparatu

intelektualnego, aby je zweryfikować, nie mamy na to czasu, nie mamy osobistego interesu, aby opierać się nawet niemądrym rzeczom, jesteśmy zmęczeni i nie widzimy potrzeby przeciwstawiania się trendom, bo wiemy, że poglądy, postawy i oceny muszą być z natury rzeczy zróżnicowane – i na to się godzimy – oraz wiemy, że to, co współczesne i nowoczesne, jest z definicji dobre. Mógłbym teraz wymieniać i poddawać krytycznej analizie poprawnościowe rytuały, którym się oddajemy i byłaby z tego pewnie niezła książka, ale nie zrobię tego, bo nie jestem zawodowym socjologiem, psychologiem społecznym ani historykiem idei, więc łatwo mógłbym się narazić na zarzut dyletantyzmu.

Trzydzieści parę lat żywota, depozyt wychowania, lata kształcenia... Nic to, dopiero teraz narodził się dorosły, świadomy człowiek, zdolny do skutecznego działania (pardon, realizowania projektów). To jest właśnie ta uwewnętrzniona poprawność.

Na potrzeby tej krótkiej refleksji „przyczepię się” tylko do jednej rzeczy, którą zilustruję także, choć nie tylko, na przykładzie medycyny instytucjonalnej. Tu mogę już pohasać z dużą dezynwolturą. Otóż w ostatnim czasie zapanowała moda na szkolenia. Stały się one dochodowym interesem, więc powstają liczne organizacje i firmy stawiające sobie za cel szkolenie. Pandemia i rozwój techniki komunikacji zdalnej bardzo zdyktowały ten rynek. Można zarobić dużo większe pieniądze przy dużo mniejszych nakładach. Szkolić się już musimy na okrągło, najlepiej z tzw. kompetencji miękkich: jak być dobrym lekarzem, jak prawidłowo komunikować się z chorym i jego rodziną, jak rozwiązywać konflikty w miejscu pracy, jak być dobrym szefem, jak być

dobrym podwładnym. Także ja, który zbliżam się już do schyłku „kariery zawodowej”, szkolony jestem na okrągło. Szkolenia te za dowód, że się odbyły, mają na końcu zaliczenie, więc wszyscy dla oszczędności czasu przepisują gotowe formularze prawidłowych odpowiedzi i mają z głowy.

Ostatnio, pour la chec, zapisałem się na szkolenie nt. zasad skutecznego realizowania projektów. Wykład na poziomie poradników, od których uginają się półki w księgarniach, o tym: jak być szczęśliwym w życiu, jak manipulować innymi, jak zostać szefem wielkiej międzynarodowej korporacji lub jak zarobić w ciągu roku 3,5 mln dolarów. Ćwiczenie dla uczestników na koniec szkolenia, wybrane zresztą przez nich samych, polegało na rozwiązaniu zadania: jak

skutecznie przeprowadzić skuteczny strajk lekarzy – skuteczny, to jest taki, który rzuci władze państwa na kolana. Bawiłem się średnio i przeszedłbym nad tym obojętnie, gdyby nie to, że po zakończonym szkoleniu mój kolega oświadczył mi, że to szkolenie było dla niego wstrząsem, było genialne i od teraz już wie i, co najważniejsze, umie skutecznie realizować projekty. Trzydzieści parę lat żywota, depozyt wychowania, lata kształcenia... Nic to, dopiero teraz narodził się dorosły, świadomy człowiek, zdolny do skutecznego działania (pardon, realizowania projektów). To jest właśnie ta uwewnętrzniona poprawność. Pal sześć, gdy zmusza się mnie do szkolenia w dziedzinie prawa medycznego, prawa atomowego, medycyny nuklearnej, dobrej praktyki w badaniach klinicznych, ale ostatnio zostałem przeszkolony w tematach „korupcja” i „mobbing”. Z tym szkoleniem z mobbingu (chodzi oczywiście o ujawnianie i zwalczanie mobbingu), miała miejsce rzecz ciekawa. Otóż lekarze pracujący w dwóch instytucjach zapytali, czy kopię zaświadczenia o odbyciu takiego szkolenia w jednej instytucji można złożyć do akt osobowych w drugiej. Można? Nie można! Musi być świeże i oryginalne, a nie kopowane. Trzeba odbyć dwa takie same szkolenia. Pewien uczelniany, umoralniający dokument w jednym tekście traktuje o mobbingu i o molestowaniu seksualnym. Czekam więc teraz na szkolenie z molestowania. No i z tolerancji dla mniejszości. Tu jednak pojawia się pewna sprzeczność. Wiadomo nie od dziś, że najlepszym sposobem na zwalczanie mobbingu jest eliminowanie mobberów. Ponieważ uprawiający mobbing w życiu zawodowym to jednak mniejszość, to zwalczanie i tolerowanie stoją w sprzeczności.

Polska medycyna jest chora zarówno w sensie organicznym, jak i czynnościowym. Jednym z objawów tej choroby jest dosyć szybko szerzący się mobbing w strukturach systemu ochrony zdrowia. Trend warty zbadania, bo dotychczasowe objaśnienia mają charakter amatorski.

Zastanawiam się nad tą modą na szkolenia i takie znajduję dla siebie, a może i dla Państwa, objaśnienia. Każda władza ma w obowiązku zwalczać patologie społeczne. Można więc do zagadnienia podejść idealistycznie i próbować zmienić świadomość i zwyczaje. Firmy szkoleniowe nastroczające swoje usługi dają nadzieję na takie szlachetne oddziaływanie na żywioł społeczny i jednostki. Można też formalnie i agresywnie, wprowadzając zakazy i nakazy z nieuchronną sankcją. Nazywa się to ostatnio tak poetycko: „ewangelizowanie policją”. Chodzi jednak o to, aby wykazać, że się działa i umieszczać w aktach osobowych pracownika stosowny dokument. Znajduję też drugie objaśnienie. Jest powiedziane

w Piśmie Świętym: „przebac im, bo nie wiedzą co czynią” (Łk 23,34). Ponieważ władza nie wybacz nigdy, chce mieć pracowników przeszkolonych, aby żadna przesłanka niewiedzy nie stała w sprzeczności z koniecznością wymierzenia nieuchronnej kary.

Zostawmy szkolenia i na koniec zostawmy przy wywołanym wątku. Polska medycyna jest chora zarówno w sensie organicznym, jak i czynnościowym. Jednym z objawów tej choroby jest dosyć szybko szerzący się mobbing w strukturach systemu ochrony zdrowia. Trend warty zbadania, bo dotychczasowe objaśnienia mają charakter amatorski. Wskazuje się na gwałtownie postępującą komercjalizację postługi lekarskiej i będące wynikiem tego pogłębiające się rozwarstwienie środowiska lekarskiego. To objaśnienie odwołuje się do darwinowskiej walki gatunków. Rzeczywiście, niekiedy można odnieść wrażenie, że postępujące rozwarstwienie i zanik etosu korporacyjnego sprawiają, że wykształcają się odrębne gatunki lekarskie walczące o swoje. Podobno w ekonomii wszelkie analizy powinny zacząć się od odpowiedzi na pytanie: kto na kogo pracuje? Tak się tłumaczy walkę rezydentów sprzed kilku lat, jako walkę nowopowstałego gatunku wśród innych gatunków.

Jeśli więc przyjąć za prawdziwą tezę, że współczesna polska medycyna jest głęboko chora, to może lekarzy trzeba uczyć nie tylko sztuki leczenia chorych, ale i sztuki leczenia instytucji medycznych. Może należałoby wprowadzić zajęcia z unikania, rozpoznawania i zwalczania (leczenia) mobbingu w instytucjach i funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Tylko czy takie szkolenia w tym zbożnym dziele zaprowadzania wysokiego korporacyjnego etosu coś zmienią? Autor w to wątpi, choć sam też szkoli, zdalnie. ■

Współpraca samorządowo-naukowa

W połowie lutego zostało zawarte porozumienie pomiędzy Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie i Narodowym Instytutem Onkologii – Państwowym Instytutem Badawczym w zakresie działalności dydaktycznej, rozwojowej, naukowej i badawczej oraz wspólnego działania na rzecz prewencji pierwotnej nowotworów.

Z informacji opublikowanych na stronie internetowej warszawskiej izby wynika, że w ramach porozumienia przewidziano m.in. prowadzenie badań naukowych w zakresie prewencji chorób

nowotworowych, współpracę i nawiązywanie kontaktów z osobami i organizacjami działającymi w obszarze onkologii i w dziedzinach pokrewnych czy doradztwo oraz konsultacje naukowe dotyczące ryzyka zachorowania, specyfiki objawowej oraz metod leczenia. Zadeklarowano także wspólny udział w projektach organizowanych przez izbą komisję ds. lekarzy dentystów (w tym organizację konferencji i seminariów naukowych poświęconych tematyce prewencji pierwotnej nowotworów). ■

Porozumienie

Dolnośląska Izba Lekarska zawarła porozumienie o współpracy z Okręgową Izbą Radców Prawnych we Wrocławiu.

„Na mocy zawartego porozumienia obie izby zobowiązały się do współpracy opierającej się m.in. na wymianie doświadczeń i informacji, wzajemnej integracji, wspólnego rozwoju w zakresie doskonalenia zawodowego członków obu samorządów oraz prowadzenia wspólnych działań naukowych i organizacyjnych” – czytamy na facebookowym profilu DIL. ■

Wsparcie WOŚP



Śląska Izba Lekarska postanowiła, choć symbolicznie, odwdziżyć się za dobro, które szpitale otrzymały od Wielkiej Orkiestry Świątecznej

Pomocy w trakcie pandemii koronawirusa, zakładając e-skarbonkę 29. Finału WOŚP.

Fundacja jako jedna z pierwszych zorganizowała olbrzymie dostawy sprzętu i środków ochrony indywidualnej do polskich szpitali. W 2020 r. na walkę z pandemią WOŚP przekazała placówkom ochrony zdrowia w całym kraju sprzęt medyczny i środki ochrony indywidualnej o wartości niemal 70 mln zł. Za ten wielki wyraz solidarności Jerzy Owsiak został odznaczony przez ŚIL Medalem Śląskiej Izby Lekarskiej.

W ramach 29. Finału WOŚP uruchomiona została e-skarbonka ŚIL. Datę wpłaciły do niej 94 osoby, zebrano prawie 7 tys. zł. ■

Zarządzanie gabinetem stomatologicznym

Jak radzić sobie z trudnym pacjentem w gabinecie stomatologicznym, np. aroganckim, bólowym czy roszczeniowym? Jak wygląda rentowność prowadzonej praktyki dentystycznej? Jak postępować z pacjentem w kierunku długofalowego korzystania z usług stomatologicznych? Odpowiedzi na te i inne pytania będzie można uzyskać, uczestnicząc w webinarium „Zarządzanie gabinetem stomatologicznym”, które odbędzie się 10 kwietnia. Wydarzenie organizują Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu oraz Oddział Wrocław Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Uczestnikowi przysługują 3 punkty edukacyjne, udział jest bezpłatny (decyduje kolejność zgłoszeń).

Album na stulecie utworzenia izb lekarskich

W tym roku mija sto lat od utworzenia izb lekarskich w Polsce. Z tej okazji Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku planuje przygotować album, w którym zaprezentowana zostanie twórczość malarska (i inna) lekarzy Podlasia. Izba zaprasza wszystkich swoich członków, którzy zajmują się malarstwem, rysunkiem i grafiką, aby przesyłali fotografie swoich dzieł. Dzięki temu ich twórczość będzie mogła być umieszczona w albumie. Zgłoszenia należy nadsyłać do 30 marca. ■

100. urodziny

Dr n. med. Zofia Barbara Pawlicka-Domańska, nestorka szczecińskiej pediatrii, ukończyła 100 lat. O jubilatce pamiętała Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie. W jej imieniu życzenia przekazała osobiście przewodnicząca Koła Seniora ORL w Szczecinie Halina Teodorczyk. Lekarka otrzymała jubileuszowy dyplom, bukiet kwiatów oraz upominek finansowy. ■

ROZMOWA

Łatwo się nie poddaje

Z Arturem Drobniakiem, nowym wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia Lucyna Krysiak.

Powierzenie panu funkcji wiceprezesa NRL w trakcie kadencji to dowód zaufania ze strony członków Rady. Czy spodziewał się pan takiego scenariusza?

Angażując się w działalność samorządową, trzeba założyć każdy scenariusz, choć nie ukrywam zaskoczenia, że po trzech latach pracy w najwyższych władzach samorządu doceniono moje wysiłki, obdarzono mnie zaufaniem i powierzono mi tak ważną funkcję. Odpowiadając bezpośrednio – nie spodziewałem się tego.

Jako zastępca sekretarza NRL i p.o. kierownika Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NRL przetarł pan szlaki, jeśli chodzi o zdobywanie doświadczenia w pracy samorządowej. Czy to jednak wystarczy, aby zmierzyć się z funkcją wymagającą patrzenia na sprawy z szerszej perspektywy?

Tego nie wiem, ale będę starał się realizować wytyczne cele najlepiej, jak potrafię. Jeśli okaże się, że mam z tym problem, nie będę tego ukrywał. Jednak łatwo się nie poddaje i zrobię wszystko, żeby powierzone mi zadania wypełniać efektywnie i skutecznie.

A o jakich celach mówimy?

Na przykład o sfinalizowaniu działań związanych z wprowadzeniem systemu no-fault. Pracuję wspólnie z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta oraz z dr. Piotrem Pawliszakiem, przewodniczącym Zespołu NRL ds. reformy systemu zgłaszania i rejestrowania zdarzeń niepożądanych i szkód w ochronie zdrowia, nad tym, aby – wzorem krajów skandynawskich – ustawa no-fault była korzystna dla wszystkich stron, których dotyczy, czyli nie tylko dla pacjentów, ale i dla całego środowiska lekarskiego.

Jednym z priorytetów jest także rozwijanie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NRL. W tej covidowej rzeczywistości zapotrzebowanie na szkolenia wzrosło – w 2020 r. przeszkoliliśmy dwukrotnie więcej lekarzy niż w roku 2019 – i aby wyjść naprzeciw potrzebom, wprowadzamy daleko idące zmiany: poszerzamy listę wykładowców, tematykę, zakres osób objętych szkoleniami, uruchamiając jednocześnie mechanizmy pozwalające szybciej i sprawniej prowadzić szkolenia online.

Moim celem jest też stworzenie nowoczesnego, nastawionego na jakość i dostępność, Centrum Szkoleniowo-Konferencyjnego NIL, które znajdzie się w zakupionej



Artur Drobniak: – Zrobię wszystko, żeby powierzone mi zadania wypełniać efektywnie i skutecznie.

i zaadaptowanej przez samorząd części budynku przylegającej do naszej siedziby przy ul. Sobieskiego 110, tak aby móc już od września rozpocząć działalność.

Jako członek grupy eksperckiej reprezentującej samorząd lekarski uczestniczę również w pracach zespołu trójstronnego nad ustawą o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia. Niestety lekarze nie zostali zaproszeni do tej dyskusji w charakterze strony, ale przez pracodawców jako eksperci. Póki co, prace zespołu są dość... jałowe, a finalny efekt trudny do przewidzenia.

Pandemia wymusiła zmiany w wielu dziedzinach życia, również w sposobie działania samorządu lekarskiego. Czy chodzi tylko o pracę zdalną czy o coś więcej?

Przeorganizowanie pracy w pandemii było wyzwaniem, mimo to Prezydium NRL i Naczelna Rada Lekarska szybko dostosowały się do nowych realiów. Praca online nie zawsze zastępuje bezpośrednie kontakty, zwłaszcza jeśli chodzi o rozmowy z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia czy Narodowym Funduszem Zdrowia. Model spotkań hybrydowych, na jaki obecnie przeszliśmy, wydaje się na tę chwilę optymalny.

Jeśli chodzi o samorząd, jestem zdania, że należy dążyć do przywrócenia bezpośrednich relacji z naszymi członkami i myślę, że jako grupa już zaszczepiona przeciwko COVID-19 będziemy mogli częściej spotykać się na przedpandemicznych zasadach. Narzędzia teleinformatyczne do organizacji spotkań są wartością dodaną, ale bezpośredni kontakt jest bardzo ważny, ponieważ pozwala uniknąć nieporozumień.

Co pan myśli o zaangażowaniu młodych lekarzy w działalność samorządową? Wciąż słyszy się głosy, że samorząd nie jest im potrzebny.

Nie byłbym w tym miejscu, gdybym tak uważał. Moim zdaniem jest za mało wykorzystany, także wiedza na temat działania samorządu lekarskiego w środowisku jest znikoma. Często izbie lekarskiej przypisuje się rolę związków zawodowych, a profil działania samorządu ogranicza ustawa o izbach lekarskich.

Młodsza część środowiska lekarskiego komunikuje się głównie za pośrednictwem mediów społecznościowych i tam widzę dla nas przestrzeń do zagospodarowania. Uważam, że wykorzystując kanały komunikacyjne social mediów można dotrzeć z informacjami o bieżącej działalności izb, a jednocześnie próbować zachęcać do włączenia się w prace samorządu młodego pokolenia lekarzy. Oni mają ciekawe pomysły, tylko trzeba im pomóc je zrealizować, organizując odpowiednie pole do działania, a także zapewniając zasoby ludzkie i finansowe.

Trzeba jednak pamiętać, że członkami samorządu lekarskiego są lekarze w różnym wieku, z różnych miejscowości i środowisk. Docieranie do nich powinno się odbywać więc w sposób różnorodny, dlatego nie powinniśmy rezygnować z dotychczasowej komunikacji, a poszerzać jej spektrum.

Przed komunikowaniem się poprzez social media nie uciekniemy, a jak jest z telemedycyną?

Już nikt nie poddaje w wątpliwość korzyści wynikających ze stosowania telemedycyny, którą obecnie często błędnie utożsamia się z udzielaniem porad przez telefon, podczas gdy pojęcie to jest znacznie szersze. Telemedycyna powinna, podobnie jak inne gałęzie życia, wykorzystywać zdobyte techniki. Wykorzystujemy i rozwijamy nowoczesne narzędzia umożliwiające przeprowadzanie diagnostyki, monitorowania stanu pacjenta czy kierowania jego leczeniem lub rehabilitacją w domu. Te możliwości się poszerzają wraz z rozwojem odpowiednich urządzeń.

Telemedycyna w dobrych rękach ułatwia dostęp do usług medycznych, zwłaszcza specjalistycznych, o które najtrudniej. Uważam, że wciąż brakuje odpowiednich standardów i przepisów zapewniających bezpieczeństwo udzielanych świadczeń telemedycznych, o co zabiegam na każdym kroku działania Zespołu Roboczego ds. Telemedycyny NRL. Zachęcam do zastosowania się do ogólnodostępnych wytycznych świadczeń telemedycznych NRL, bardzo wysoko ocenianych przez ekspertów (wytyczne są dostępne na www.nil.org.pl – przyp. red.)

Czy funkcja wiceprezesa to obciążenie czy szansa na rozwój?

Bardziej doświadczeni koledzy samorządowcy powiedzieliby tak: rób dalej swoje i rób to dobrze, a teraz będziesz miał do tego po prostu lepszą afiliację. Wierzę, że piastowanie tej funkcji pomoże mi być lepiej słyszalnym, bardziej skutecznym. Występując na zewnątrz jako wiceprezes, pewnie będę postrzegany przez pryzmat tej funkcji, ale nie zamierzam dopuścić do ograniczenia swojej dotychczasowej swobody. Jeśli nie uda mi się spełnić oczekiwań swoich i środowiska w zakresie powierzonych mi zadań, nie będę przywiązywał się „do stołka” – po prostu zrezygnuję.

Czego się pan obawia najbardziej?

Jako młody samorządowiec, w tym roku kończę 35 lat, jestem prawdopodobnie jeszcze mało odporny na krytykę. Najbardziej obawiam krytyki ze strony tych, którzy mnie wybrali, i środowiska, które reprezentuję. Środowisko lekarskie bywa surowe w ocenach, szczególnie osób piastujących najwyższe stanowiska w samorządzie, a więc prezesów czy wiceprezesów. Obawiam się również, by często ogrom wysiłku, energii i czasu nie poszedł na marne z powodu braku woli i możliwości współpracy ze strony decydentów.

Co skłoniło pana do włączenia się w działalność samorządu?

Podejmując pracę lekarza, szybko dostrzegłem niedoskonałości z nią związane – złe warunki pracy, niskie płace, nieadekwatne do wykształcenia i zaangażowania, drastyczne różnice w poziomie merytorycznym, jak również tzw. kompetencjach miękkich wśród kolegów – i postanowiłem coś więcej z tym zrobić niż jedynie narzekać. To wymagało zaangażowania się. Im głębiej wchodziłem w genezę tych problemów, tym lepiej rozumiałem, jak powolny jest proces zmian, jak bardzo potrzebna nam jest cierpliwość i jakość, a kluczem do sukcesu jest zmiana sposobu myślenia naszej grupy zawodowej. Samorząd ma środki, by taką ewolucję przeprowadzić, potrzebuje jednak energii oraz napływu ambitnych ludzi, pragnących poprawy wizerunku i losu lekarzy. Pamiętajmy, że samorząd to nie „oni”, ale samorząd to MY, więc niech każdy uderzy się w pierś i zacznie dokładać cegiełkę do poprawy losu naszego środowiska. ■

Jeśli nie uda mi się spełnić oczekiwań swoich i środowiska, nie będę przywiązywał się „do stołka” – po prostu zrezygnuję.

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE



Lucyna Krysiak
dziennikarz

Zdominowani przez techników dentystycznych

Przed II wojną światową w Polsce praktykowało 3722 lekarzy dentystów¹. Jej koszmar przeżyło 1928 stomatologów, ale w 1946 r. odnalazło się na terenie kraju zaledwie 1581 wykonujących ten zawód.

To była liczebnie krucha podstawa, aby móc zaistnieć w komunistycznych realiach budowania służby zdrowia i mieć na tyle dużą siłę przebicia, by podźwignąć własny samorząd zawodowy.

Starano się jednak przestrzegać wypracowanych przed wojną wartości, co w sytuacji chaosu zmian, który był rąbkiem dla wszelkiego rodzaju cwaniaków uprawiających zawód lekarza dentysty bez akademickiego wykształcenia, miało kluczowe znaczenie. A było o co walczyć, bo w pustkę kadrową szybko wstrzelili się technicy dentystyczni, samozwańcy protetycy i inni różnego rodzaju partacze, jak ich nazywano w środowisku.

OD ZERA

Izby lekarsko-dentystyczne powstały jako niezależny samorząd w 1938 r., a więc na rok przed wybuchem II wojny światowej. Ledwie co zdążyły się ukonstytuować, a już krajem zawładnął okupant. Przed wojną, oprócz Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej, funkcjonowały też izby okręgowe (Warszawa, Poznań, Wilno, Kraków). NIL-D pełniła w stosunku do nich funkcję koordynacyjną, a jej prezesem został lekarz dentysta Julian Łączyński.

Po wojnie ówczesny Minister Zdrowia od nowa powołał okręgowe izby lekarsko-dentystyczne, uwzględniając nowy podział administracyjny kraju i odgórnie ustanowił ich zarządy. Powstały



Izby lekarsko-dentystyczne powstały jako niezależny samorząd w 1938 r., a więc na rok przed wybuchem II wojny światowej.

wówczas: OIL-D w Warszawie (obejmująca zasięgiem miasto Warszawę oraz województwa: warszawskie, białostockie, olsztyńskie, gdańskie i zachodnio-pomorskie; prezesem został Wiktor Perliński), OIL-D w Poznaniu dla województw: poznańskiego, łódzkiego, dolnośląskiego i zielonogórskiego (prezesurę objął Władysław Piątkowski) i OIL-D w Krakowie, obejmującą województwa: krakowskie, kieleckie, górnośląskie i rzeszowskie (prezesem został Kazimierz Dominik). To był rok 1947, więc decyzje personalne dotyczące obsady zarządów izb podejmowały komunistyczne władze. Naczelną Izbą Lekarsko-Dentystyczną kierowali w tym

czasie przez krótkie okresy lekarze dentyści: Leon Walicki, Wiktor Perliński, Janusz Szajewski.

Skala braków, zarówno jeśli chodzi o liczbę stomatologów, sprzęt, miejsca pacy, a także kadrę naukowo-dydaktyczną, była ogromna. Samorządowi przyszło więc dźwigać się po wojnie w warunkach ekstremalnych. Wprawdzie dekretem Krajowej Rady Narodowej z 8 października 1945 r. powołano w Gdańsku Akademię Lekarską kształcącą lekarzy, lekarzy dentyści i farmaceutów, ale na wydziale stomatologicznym nie miał kto wykładać i inicjatywa w części dotyczącej stomatologii upadła. Decyzje władz nie były podyktowane dobrem tej grupy

zawodowej, planowano wobec nich stosować analogiczną do lekarzy politykę sankcji (podatki, przesiedlenia do pracy z miast na wieś), zmierzającą do likwidacji samorządu lekarsko-dentystycznego, jednak sytuacja kadrowa przerosła ówczesnych decydentów. Przyzwalały więc na to, by rynek usług dentystycznych zalała fala pseudodentystów.

STRATY WOJENNE

Przed wojną odpowiednią kadrą naukowo-dydaktyczną dysponowały Warszawa i Lwów. Po wojnie znaczna część wykładowców zginęła, również tych związanych z samorządem lekarsko-dentystycznym, a wśród nich Konrad Szepelski, związany z Państwowym Instytutem Dentystycznym w Warszawie, a później z Kliniką Dentystyki Zachowawczej, którą kierował. W 1938 r., kiedy powołano samorząd lekarsko-dentystyczny, został wytypowany na funkcję wiceprezesa NIL-D. Wraz z innymi polskimi oficerami zginął w 1940 r. w Katyniu.

Jego los podzielił Antoni Cieszyński, postać wybitna, profesor UJK we Lwowie, kierownik kliniki stomatologicznej tego uniwersytetu, autorytet w dziedzinie nowatorskich metod kształcenia lekarzy dentystów, nauczyciel i wychowawca wielu pokoleń adeptów tego zawodu. Swoją pozycję, również na arenie międzynarodowej, ugruntował wydawaniem prestiżowego pisma „Polska stomatologia”, które stało się forum dyskusyjnym na temat problemów polskiej stomatologii. W 1941 r. został aresztowany i rozstrzelany przez gestapo wraz z grupą 42 lwowskich naukowców.

Równie wielką stratą dla środowiska była śmierć Maurycego Krakowskiego, warszawskiego lekarza dentysty, który



Przed wojną odpowiednią kadrą naukowo-dydaktyczną w kształceniu stomatologów dysponowały Warszawa i Lwów.

skupiał zaangażowanych w sprawy tego zawodu wokół pisma „Kronika dentystyczna”, w którym propagowano nowatorskie metody leczenia. Pismo to piętnowało partactwo i podszywających się pod zawód dentysty. Był aktywny społecznie, założył Towarzystwo Odontologiczne, zainicjował powołanie Towarzystwa Naukowego Dentystycznego im. Bolesława Dzierżawskiego. Zginął w warszawskim getcie w nieznanych okolicznościach.

Niewątpliwą stratą dla środowiska była śmierć Juliana Łączyńskiego, lekarza dentysty z Pabianic, którego zgłoszono w 1938 r. na prezesa nowo utworzonej Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej. Także jego okoliczności śmierci są nieznane. Postaciami w środowisku lekarzy dentystów zaangażowanymi w działalność samorządową byli również zamordowani w Katyniu Wacław Barwiński, praktykujący w Sosnowcu członek NIL-D, oraz Bernard Filarowski, doktor nauk stomatologicznych z Gdańska, zabity w obozie w Stutthofie.

Prawie 2 tys. lekarzy dentystów podzieliło ich los, bilans strat był więc ogromny.

KODEKS DEONTOLOGII

Wprawdzie tak okrojony liczebnie lekarsko-dentystyczny stan nie mógł stanowić zagrożenia dla komunistycznych władz w takim stopniu jak samorząd lekarski, to jednak obawiano się, że kiedy urośnie w siłę, zacznie się umacniać i chce decydować o sprawach związanych z kształceniem i wykonywaniem zawodu. Mimo więc prowadzonej przez władze gry pozorów od początku zakładano jego likwidację. Do zarządów izb okręgowych i naczelnej wprowadzano ludzi związanych z aparatem władzy, a tym prezesom i członkom zarządów, którzy wywodzili się z przedwojennego grona działaczy, utracano inicjatywę i ograniczano możliwość swobodnego wypowiedzania się.

Mimo tych przeszkód samorząd lekarsko-dentystyczny dążył do powołania własnego kodeksu deontologicznego. Samorząd lekarski taki kodeks uchwalił



Mimo przeszkód samorząd lekarsko-dentystyczny dążył do powołania własnego kodeksu deontologicznego.



Skala braków, zarówno jeśli chodzi o liczbę stomatologów, sprzęt, miejsca pacy, a także kadrę naukowo-dydaktyczną, była ogromna.

na własny użytek w 1935 r., samorząd lekarsko-dentystyczny powstał jednak dopiero w 1938 r. i mimo że miał opracowane założenia własnego kodeksu, wybuch wojny przeszkodził w realizacji tego przedsięwzięcia. Po wielu bojach 9 maja 1948 r. stomatolodzy zalegalizowali swój kodeks deontologii lekarsko-dentystycznej. Wprawdzie nawiązywał on do kodeksu deontologii lekarskiej z 1935 r., ale w szczegółowych zapisach określał ideę zawodu lekarza dentysty, zawierał odniesienia do pacjenta i do drugiego lekarza (konsyliarza i konkurenta) wykonującego ten zawód, do izby lekarsko-dentystycznej oraz do społeczeństwa i państwa oraz jego instytucji.

Jeden z zapisów kodeksu formułuje to tak: „Lekarz dentysta obowiązany jest przestrzegać, aby działalność jego nie tylko w życiu zawodowym, a także jego postępowanie w życiu prywatnym i publicznym oraz stosunki wzajemne koleżeńskie były zgodne z zasadami etyki i godności stanu lekarsko-dentystycznego”. Kodeksy lekarski z 1935 r. i dentystyczny z 1948 r. łączy eksponowanie więzi lekarza z pacjentem i posłannictwo społeczne tych dwóch zawodów. Zapisy w kodeksach noszą znamiona czasów, w których powstały. Były skierowane do lekarzy i lekarzy dentystów praktykujących prywatnie. Powojenne uspołecznienie opieki medycznej zminimalizowało problemy związane z działaniem konkurencyjnym prywatnych gabinetów.

Znakami czasów były też zapisy w kodeksie ustalające obowiązujące normy podejmowania pracy na tzw. posadach. Zgodnie z zapisami zawartymi w kodeksie nie wolno było „starać się o posadę zajmowaną przez innego lekarza, chyba że za jego zgodą lub po jej formalnym wypowiedzeniu dotychczasowemu lekarzowi. Przy przyjmowaniu posady lekarz powinien zastosować się do norm płacy i pracy ustalonych przez izby lekarskie”.

Przed wojną lekarze i lekarze dentyści zabiegali o posady, np. w ubezpieczalni społecznej, na kolei, w więziennictwie, a praktyką prywatną dorabiali do pensji. W walce o posadę często dochodziło do nieetycznych zachowań i sprawy

rozpatrywał sąd lekarski. Po wojnie kodeks bardziej służył konsolidacji społeczności lekarzy dentystów, którzy mieli już własną izbę lekarską i poczucie solidarności zawodowej. Podnosił ich status społeczny.

RÓWNIA POCHYŁA

Wobec braku lekarzy dentystów, na rynku usług stomatologicznych powstała pustka, którą wypełnili technicy dentyści oraz osoby bez uprawnień mające niewiele wspólnego z zawodem. Technicy byli niejednorodną grupą zawodową. Część z nich to absolwenci szkół średnich o tym profilu, którzy uprawnienia zawodowe otrzymywali jako rzemieślnicy. Inną grupą byli laboranci techniczno-

-dentystyczni, którzy mieli przygotowanie techniczno-zawodowe. Wiele osób nie miało żadnego wykształcenia w tym kierunku, a dyplom technika dentyścycznego kupowali na czarnym rynku. Władza, chcąc rozwiązać ten problem, wydała w 1946 r. przez Krajową Radę Narodową dekret dotyczący czynności techniczno-dentystycznych, w którym znalazł się podział na

techników dentystycznych i na uprawnionych techników dentystycznych.

Zgodnie z zapisami w dekrete ci pierwsi nie mieli prawa stykać się z pacjentami, a swoje prace zlecone przez lekarzy dentystów wykonywać we własnych warsztatach. Ci drudzy, oprócz czynności techniczno-dentystycznych wykonywanych w swoich pracowniach, mogli przeprowadzać zabiegi na poszczególnych zębach i użębieniu wchodzące w zakres czynności niezbędnych do sporządzenia zębów sztucznych i koron, a także mostków i plomb z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej. Dekret, zamiast umocnić pozycję lekarzy dentystów na rynku usług stomatologicznych, dał prawne przyzwolenie technikom dentystycznym na leczenie zębów. W tamtych czasach nikt nie pytał, czy ktoś jest technikiem dentystycznym zwykłym, czy uprawnionym, wszyscy korzystali z tego przywileju, przejmując rynek. Również osoby, które nie mając żadnych uprawnień, podszywali się pod techników.

WKROCZYŁ SAMORZĄD

Dostrzegając zagrożenia wynikające z wprowadzenia dekretu umacniającego pozycję techników na rynku usług stomatologicznych, ostro zareagował samorząd lekarsko-dentystyczny. Ich inwazję najpierw próbowała powstrzymać izba warszawska, ponieważ to właśnie w Warszawie działa się najgorzej. Duże miasto sprzyjało nadużyciom i braku kontroli uprawnień wynikających z dekretu. W sprawozdaniu z lat 1945-1947 r. OIL-D w Warszawie znajduje się zapis dokumentujący protest przeciwko organizowaniu specjalnych kursów dla techników dentystycznych mających na celu wprowadzanie do systemu nowych kadr techników z uprawnieniami.

Narzędziem dyskredytującym tego rodzaju praktyki stał się także wydawany od 1948 r. przez środowisko lekarzy dentystów miesięcznik „Czasopismo stomatologiczne”. Już w pierwszym numerze pisma ukazał się artykuł piętnujący działania kolegów, którzy w swoich gabinetach zatrudniają techników, dopuszczając ich do zabiegów i firmując ich niedozwolone praktyki własnym nazwiskiem. Opornym izba groziła sądem dyscyplinarnym, ale te groźby były fikcją. Rozporządzenie ministra zdrowia z 1946 r. o powołaniu w izbach lekarsko-dentystycznych sądów ukazało się dopiero w 1948 r. i nabrało mocy prawnej. Żadnych czynności wobec panoszącego się „partactwa” izba nie mogła więc podjąć.

W tym samym czasie na łamach „Czasopisma stomatologicznego” ukazał się bulwersujący środowisko artykuł o naborze w Krakowie do trzyletniego liceum zawodowego chętnych kształcić się w zawodach uprawnionych techników dentystycznych, techników dentystycznych i laborantów techniczno-dentystycznych. To był kolejny cios zadany przez władzę stomatologom. Aby załagodzić nastroje panujące w środowisku, Ministerstwo Zdrowia wprowadziło obowiązkowe egzaminy dla techników dentystycznych, odbywające się przy liceach zawodowych. Izby lekarskie nie miały jednak nic do powiedzenia w tej sprawie. To był rok 1949 i już było wiadomo, że samorząd lekarski, podobnie jak lekarsko-dentystyczny, który z takim trudem wywalczył sobie przed wojną niezależność, będzie zlikwidowany. ■

¹ „Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar II wojny światowej” autorstwa Jana B. Glińskiego, lekarza powstańca warszawskiego i kapitana Armii Krajowej
Materiały źródłowe:
Zygmunt Wiśniewski, „Lekarskie drogi 1944-1956. Czasy reżimu Bieruta”

Pandemia w liczbach

Coraz wyraźniej widzimy różne skutki trwającej od roku pandemii.

REKORD



674 wynosi rekordowa liczba zgonów z powodu COVID-19 i chorób współistniejących w ciągu doby w Polsce. Ministerstwo Zdrowia poinformowało o niej 25 listopada, gdy łączna liczba ofiar śmiertelnych epidemii zbliżyła się do 15 tys., a liczba zakażonych przekroczyła 924 tys.

MOŻLIWOŚCI



2 mln osiągnęła miesięczna wydolność szczepień w połowie lutego wg ministra zdrowia Adama Niedzielskiego. Zdaniem pełnomocnika rządu ds. szczepień Michała Dworczyka, Polska mogłaby wykonywać 4 mln szczepień w ciągu miesiąca, ale na przeszkodzie stoi brak dawek.

SPECJALIŚCI



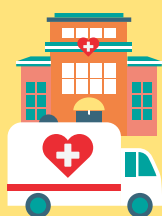
1,1 tys. lekarzy wykonujących zawód posiadało specjalizację chorób zakaźnych w Polsce (średni wiek: ponad 60 lat), kiedy wybuchła epidemia COVID-19. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego były wówczas 124 osoby.

CYFRYZACJA



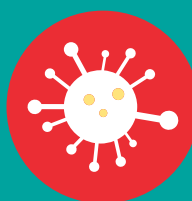
9 tys. laptopów z pełnym oprogramowaniem i 4 tys. telefonów komórkowych z dostępem do internetu zakupił Główny Inspektorat Sanitarny „na potrzeby walki z pandemią” – tak wygląda w praktyce przyspieszona cyfryzacja niektórych instytucji.

ZGONY MEDYKÓW



22 tys. lekarzy i ok. 2,1 tys. lekarzy dentyistów zakażyło się koronawirusem do początku lutego 2021 r., a spośród nich zmarło 86 hospitalizowanych lekarzy i 12 stomatologów – podaje Ministerstwo Zdrowia. W środowisku pielęgniarskim odnotowano ok. 55,3 tys. zakażeń i 67 zgonów, a wśród położnych prawie 5,3 tys. zachorowań i 4 zgony.

ZAKAŻENIA



1 mln przekroczyła łączna liczba zakażonych w Polsce 2 grudnia (na pierwsze 0,5 mln zakażeń „pracowaliśmy” pół roku, tj. od potwierdzenia pierwszego przypadku koronawirusa na początku marca do 7 listopada, a kolejne 0,5 mln uzyskaliśmy zaledwie w 25 dni). Liczbę 100 tys. zakażeń przekroczyliśmy 4 października, tj. w 215 dniu epidemii.

NOP-Y



2725 niepożądanych odczynów poszczepiennych, w tym 2301 o charakterze łagodnym, zgłoszono do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, odkąd rozpoczęły się szczepienia przeciw COVID-19 do 22 lutego. Lekarz zgłasza NOP do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w ciągu 24 godzin, licząc od podejrzenia lub rozpoznania jego wystąpienia.

SZCZEPIONKI



100 mln dawek szczepionki przeciwko COVID-19 zakontraktowała Polska na ten rok w ramach unijnego, wspólnego mechanizmu zakupów (jesteśmy stroną porozumienia z Komisją Europejską). W pierwszej puli zamówiono 62 mln dawek od 5 producentów. Szczepienia przeciw COVID-19 rozpoczęły się w Polsce 27 grudnia, ale w lutym br. jeszcze nie wszyscy medycy zostali zaszczepieni.

To już rok



Mariusz Tomczak
dziennikarz

COVID-19 obnażył nieprzygotowanie do stawienia czoła epidemii chorób zakaźnych. Zabrakło procedur, rezerw strategicznych, wiedzy i wyobraźni, a to tylko wierzchołek góry wyzwań i problemów, z jakimi zmierzył się cały świat.

Właściwie mówimy o epidemii, której nie ma – powiedział jeszcze pod koniec stycznia ubiegłego roku krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych prof. Andrzej Horban. Nieco ponad miesiąc później, 4 marca, o pierwszym przypadku SARS-CoV-2 w Polsce poinformował minister zdrowia prof. Łukasz Szumowski. Od tego momentu minął rok.

OD WIRUSA DO PANDEMII

Oficjalnie nowa, tajemnicza choroba wywołująca ciężkie zapalenie płuc pojawiła się pod koniec 2019 r. w chińskim mieście Wuhan, choć są przypuszczenia, że nastąpiło to dużo wcześniej. W połowie stycznia 2020 r. pierwszy przypadek zakażenia poza Państwem Środka potwierdzono w Tajlandii, a 21 stycznia – w USA. Trzy dni później stwierdzono jego obecność we Francji, co oznaczało, że wirus budzący coraz większe zaniepokojenie, ale wciąż stosunkowo mało groźny, pojawił się w Europie. Zbiegło się to w czasie z wprowadzeniem przez Lotnisko Chopina w Warszawie specjalnych procedur dla pasażerów przylatujących z Chin. 11 lutego Międzynarodowy Komitet ds. Taksonomii Wirusów nazwał patogen, określany dotąd jako 2019-nCoV, „koronawirusem ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej 2” (SARS-CoV-2), a Światowa Organizacja Zdrowia wywołowaną przez niego chorobę – COVID-19. 28 lutego prezes NRL prof. Andrzej Matyja zwrócił się do premiera Mateusza Morawieckiego z prośbą o jak najszybsze rozważenie wprowadzenia zakazu organizacji imprez masowych i podjęcie decyzji o wstrzymaniu wydawania zezwoleń na kolejne. „Im szybciej ograniczymy możliwości rozprzestrzeniania się wirusa, m.in. minimalizując liczbę potencjalnych kontaktów, które sprzyjają szybkiemu roznoszeniu infekcji, tym lepiej” – zaapelował prezes NRL. 11 marca WHO ogłosiła pandemię.

WALKA, NIEWIEDZA I LĘK

Skojarzenia ze słowem „pandemia” są różne, a jednym z nich może być walka. Przede wszystkim na początku towarzyszył

jej olbrzymi lęk. Wywoływała go m.in. niewiedza, z jak bardzo groźnym przeciwnikiem mamy do czynienia, niepewność co do sposobów skutecznej ochrony przed zakażeniem, brak leku na chorobę wywołowaną przez SARS-CoV-2, powszechny niedobór środków ochrony osobistej, niewystarczająca liczba respiratorów czy decyzyjny chaos. Wielu medyków, nawet o długoletnim stażu pracy, nie pracowało dotąd w takich okolicznościach. Pandemia wpłynęła na codzienność każdego lekarza, ale nie na wszystkich w ten sam sposób. Bez wątplenia wirus uwypuklił niedostatki kadrowe, a część i tak już mocno przepracowanych medyków zmusił do spędzania w pracy jeszcze większej liczby godzin. W jednym z ZOL lekarz pełnił dyżur 16 dni z rzędu, opiekując się kilkudziesięcioma pacjentami, z których część chorowała na COVID-19. Mocno we znaki dał się brak specjalistów chorób zakaźnych.

ZGONY WŚRÓD MEDYKÓW

Choć z każdym tygodniem przybywało wiedzy i bezcennych doświadczeń, walka z patogenem pochłaniała kolejne ofiary. Z perspektywy czasu widać, że wiosną ich liczba w Polsce była stosunkowo niewielka. Przeróżające doniesienia docierały z Chin, ale internetowe larum oceniano na tyle sku-

tecznie, że w innych częściach świata mało kto zdołał zwrócić na to uwagę. Później złe wieści dochodziły z Włoch, Hiszpanii czy USA, gdzie już pod koniec maja bilans ofiar śmiertelnych przekroczył 100 tys. – to mniej więcej tyle, ile liczy Kalisz. U nas rekordowa była „czarna środa” 25 listopada, gdy

Ministerstwo Zdrowia poinformowało o 674 zgonach z powodu COVID-19 i chorób współistniejących w ciągu doby. – Zbyt wysoka liczba zgonów w Polsce jest efektem zbyt późnego zgłaszania się chorych do lekarza – ocenia wirusolog prof. Włodzimierz Gut, doradca GIS. Ofiar śmiertelnych nie brakuje wśród medyków, choć w wielu krajach takie statystyki nie są często podawane do wiadomości publicznej. Jeszcze rzadziej mówi się o nich w odniesieniu do świata. W niespełna pół roku od ogłoszenia pandemii, tj. do początku września, z powodu zakażeń zmarło ponad 7 tys. pracowników ochrony zdrowia.

Okrutnie zemściło się przenoszenie produkcji środków ochrony osobistej i leków do Azji.

Jak podaje Ministerstwo Zdrowia, do początku lutego br. koronawirusem zakaziło się prawie 22 tys. lekarzy i ok. 2,1 tys. lekarzy dentyków, a spośród nich zmarło 86 hospitalizowanych lekarzy i 12 stomatologów. W środowisku pielęgniarskim odnotowano ok. 55,3 tys. zakażeń i 67 zgonów.

W KLUBIE BILIONERÓW

Trwającej od roku walce o ludzkie zdrowie i życie towarzyszy batalia o przetrwanie gospodarki, tak aby po wygranej z COVID-19 wokół nie pozostały zgłiszczą. Rok temu rządy wielu krajów stanęły w obliczu podjęcia niełatwych decyzji. Czy wprowadzać restrykcje, a nawet zdecydować się na lockdown, licząc na szybkie opanowanie pandemii, czy też zagrać w pokera z tajemniczym wirusem, próbując ratować firmy przed stratami i bankructwem, a pracowników przed ograniczeniem zarobków i utratą miejsc pracy? Dla dużej części środowiska lekarskiego odpowiedź na to pytanie od początku była dość oczywista, ale nie wszyscy podzielali ich zdanie. Te dylematy z pogranicza medycyny i ekonomii nieustannie nam towarzyszą. Jest niemal pewne, że po okiełznaniu pandemii pozostaniemy z długami znacznie większymi od tych sprzed pojawienia się SARS-CoV-2. Polska już dołączyła do klubu bilionerów. Według szacunkowych danych resortu finansów pod koniec grudnia zadłużenie Skarbu Państwa, czyli tak naprawdę nas wszystkich, zbliżyło się

pandemicznej rzeczywistości i zmian w przepisach. I nie ma dużego znaczenia, czy na co dzień pracują w publicznych, czy prywatnych podmiotach leczniczych, albo czy główne lub jedyne źródło ich utrzymania stanowi praktyka lekarska, w której powstanie zainwestowali mnóstwo wysiłku, czasu i pieniędzy. Zza biurka decydentów słabo widoczne wydają się problemy m.in. stomatologów czy lekarzy zatrudnionych na kontrakcie. Rozgoryczenie pogłębił zamęt towarzyszący dyskusjom nad przepisami o dodatkowym wynagrodzeniu za pracę w związku ze zwalczaniem epidemii. Na mocy ustawy uchwalonej pod koniec października, dodatek covidowy przysługiwałby lwiej części z nich, ale – jak się szybko okazało – doszło do „pomyłki” większości sejmowej. – Zostaliśmy oszukani na oczach całego społeczeństwa – mówi prezes NRL.

DOKRĘCANIE ŚRUBY

Wiele złych emocji towarzyszyło wydawanym przez wojewodów nakazom pracy czy „dokręceniu śruby” w ramach art. 37a Kk przy okazji uchwalania jednej z „tarcz antykrzysowych”. W środowisku medycznym jedno i drugie odebrano jako dyscyplinujący bat. – W ramach walki z COVID-19 błędy popełniane nieumyślnie nie będą karane – obiecał minister zdrowia Adam Niedzielski, ale w powszechnej opinii lekarzy przepisy o „klauzuli dobrego Samarytanina” są dziurawym parasolem ochronnym. Od zeszłorocznej



do 1,1 bln zł (dla porównania: zgodnie z „ustawą 6 procent”, tegoroczne nakłady na ochronę zdrowia mają przekroczyć 120 mld zł). Z powodu pandemii w 2020 r. PKB Polski spadł pierwszy raz od 1991 r. Rosnące długi i zadyszka gospodarki wcześniej czy później odbiją się na opiece zdrowotnej, której codzienne funkcjonowanie wymaga ponoszenia nakładów finansowych. Z rządowych założeń wynika, że w 2021 r. nastąpi wzrost nakładów na ochronę zdrowia o ok. 12,9 mld zł.

OSZUKANI LEKARZE

Decydenci poszukują kolejnych sposobów na zwiększenie wpływów budżetowych i przychodów NFZ. Braki w publicznej kasie wydają się głównym powodem, dla którego medycy walczący z COVID-19 dotychczas nie otrzymali wsparcia finansowego in gremio. Nie przekonuje to wielu z nich, bo nie dość, że od roku narażają zdrowie i życie własne oraz swoich najbliższych, to niektórzy mocno dostali po kieszeni z powodu

wiosny tempo prac nad wieloma ustawami i rozporządzeniami było na tyle szybkie, że czas na zapoznanie się z planowanymi zmianami aktów prawnych niejednokrotnie liczono nie w dniach, lecz godzinach. Szybko okazało się, że pojawia się wiele zaskakujących regulacji, a ich uzasadnienie czasami wywołuje szok. Pod pretekstem walki z COVID-19 wprowadzono zmiany, których konsekwencje mogą być obserwowane przez długie lata, tak jak np. bezprecedensowa liberalizacja przepisów dotyczących lekarzy i stomatologów spoza UE najpierw na mocy „ustawy covidowej”, a następnie „ustawy o kadrach medycznych”.

(NIE)ZDROWY STYL ŻYCIA

Nie zabrakło przypadków wprowadzania przepisów budzących wątpliwości z punktu widzenia zdrowia publicznego, np. niemal całkowity zakaz wychodzenia z domu w celach rekreacyjnych i korzystania z lasów czy parków. Wśród specjalistów są opinie, że pewne decyzje podejmowane przez rząd w czasie

pandemii mogły niekorzystnie wpłynąć na styl życia wielu Polek i Polaków, który – co warto podkreślić – uważa się za ważniejszy czynnik dla zachowania zdrowia niż uwarunkowania biologiczne, środowiskowe i te związane z działaniem systemu ochrony zdrowia. – Niesłuchanie ważne jest zwiększenie dostępności obiektów sportowych – mówi dr hab. Ernest Kuchar, prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii. Jak dodaje, cały czas główną przyczyną zgonów nie jest SARS-CoV-2, lecz choroby serca i nowotwory. Z ogólnopolskiego badania ankietowego, które NIZP-PZH przeprowadził wśród osób w wieku 20 lat lub więcej, wynika, że od wiosny do jesieni 2020 r. zwiększenie masy ciała odnotowało ponad 28 proc. (spadek niemal 13 proc.). Wśród mężczyzn najczęściej przytyli ci w wieku 20-44 lata, a wśród kobiet w wieku 45-64 lata. W tym okresie ponad 34 proc. osób zmniejszyło swoją aktywność fizyczną.

ODLEGŁE SKUTKI COVID-19

Wciąż wielką niewiadomą są odległe skutki COVID-19, mogące wystąpić u ozdowieńców na długo po ustąpieniu choroby. Dotąd obserwowano je głównie u dorosłych z poważnymi objawami, ale pojawiają się obserwacje wskazujące na to, że mogą one nie ominąć dzieci i nastolatków, w dodatku nawet tych, którzy przeszli chorobę bardzo łagodnie. – Wśród części pacjentów rozwinęły się powikłania, w głównej mierze pulmonologiczne, gastrologiczne, nefrologiczne, kardiologiczne, neurologiczne, a nawet psychiatryczne – mówi Tomasz Uher, zastępca dyrektora ds. leczenia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy, gdzie działa jedna z poradni dla ozdowieńców. O tym, jak bardzo są one potrzebne, może świadczyć fakt, że w pierwszym dniu uruchomienia takiej poradni w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu zgłosiło się do niej sto osób. Od września w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach trwa pilotażowy program rehabilitacji dla pacjentów po przebytych COVID-19. W czasie pobytu trwającego maksymalnie 21 dni wykonywane są zabiegi składające się z pięciu procedur medycznych.

INFODEMIA JAK EPIDEMIA

W ostatnich miesiącach wpadek nie ustrzegły się renomowane medyczne czasopisma naukowe. Część przyjęła strategię szybkiego publikowania artykułów o COVID-19. Obarczone poważnymi błędami prace ukazały się m.in. w „The Lancet” i „NEJM”, co wywołało głośny skandal i choć artykuły szybko wycofano, na szwank narażono reputację świata naukowego. – Coraz powszechniejsze stało się umieszczanie surowych manuskryptów w formie tzw. preprintów – mówi dr hab. Piotr Rzymski z UM w Poznaniu. Pandemia pokazała, jak ważną rolę odgrywa telefon, internet i dostęp do usług w obszarze e-zdrowia, mimo że teleporady mają swoje oczywiste ograniczenia. Sytuacja, z jaką mamy do czynienia od roku, wiele instytucji przymusiła do cyfryzacji, znamienny wydaje się przykład Sanepidu. Wraz z szerzeniem się SARS-CoV-2, w mediach społecznościowych pojawiły się treści ocierające się o rozmaite teorie spiskowe aż po tzw. fake newsy. Nie brakowało porad, że picie lub wstrzyknięcie środków dezynfekujących zapobiega zakażeniu. Były osoby, które uwierzyły i trafiły do szpitala z powodu takich eksperymentów. W atmosferze grozy zapomniano o „higienie informacyjnej”, którą wyparły „rewelacje”, zapewne częściowo tworzone przez internetowe boty.

SYMBOLIKA W CZASACH ZARAŻY

Przez pierwsze tygodnie walki z COVID-19 „twarzą pandemii” był minister Łukasz Szumowski. Dość szybko w rankingach zaufania do osób publicznych wyprzedził dotychczasowych liderów, prezydenta Andrzeja Dudę i premiera Mateusza Morawieckiego. W sierpniu szef resortu zdrowia złożył dymisję, a zanim do tego doszło, na światło dzienne wyszły kontrowersje wokół zakupu respiratorów. Być może dlatego to nie zmęczone oblicze ministra i jego podkrążone oczy Polacy zapamiętają jako symbol pierwszego roku pandemii. Raczej będą to maseczki. Drugi rok walki z COVID-19 mogą zdominować szczepienia. Pokładane są w nich ogromne nadzieje na zakończenie pandemii. Narodowy Program Szczepień rozpoczął się pod koniec grudnia dość niemrawo, ale systematycznie rośnie liczba zaszczepionych osób. Do 13 lutego wykonano ponad 2 mln szczepień (łącznie pierwszą i drugą dawką), a do 21 lutego – ponad 2,7 mln (z czego dwie dawki otrzymało ok. 930 tys. osób). Pełnomocnik rządu ds. szczepień Michał Dworczyk od kilku tygodni jak mantrę powtarza, że od strony organizacyjnej możliwe jest szczepienie nawet 4 mln osób miesięcznie, ale ogranicza nas wielkość dostaw preparatów od producentów. Z powodu kłopotów z dostawami wstrzymano szczepienia w grupie O. W drugiej połowie lutego nie brakowało medyków, którzy jeszcze nie otrzymali pierwszej dawki, a także pojawiały się przypadki opóźniania szczepień lekarzy i pielęgniarek, którzy przyjęcie pierwszej dawki mieli za sobą, co zrodziło obawy o skuteczność działania preparatu. Wezbrała fala krytyki, bo rozpoczęła się wtedy pierwsza tura szczepień wśród nauczycieli klas I-III i wychowania przedszkolnego czy pracowników żłobków, a zaraz później pełną parą ruszyła rejestracja na szczepienia dla pozostałych grup nauczycieli.

W PUŁAPCE GLOBALIZACJI

Zamieszanie wokół dostaw szczepionek unaoczniało, jak bezradna w starciu z koncernami farmaceutycznymi jest nie tylko Komisja Europejska, która w imieniu państw UE prowadziła negocjacje, ale również rządy krajowe. Pandemia pokazuje, że choć globalizacja przynosi niepodważalne korzyści, nie wolno zapominać o jej negatywnych aspektach widocznych m.in. w sektorze ochrony zdrowia. Okrutnie zemściło się systematyczne przenoszenie produkcji do Azji. Dość powiedzieć, że rok temu „nagle” okazało się, że większość sprzedawanych w Europie i innych częściach świata leków pochodzi z Chin i Indii, a szacunkowo trzy na cztery pary rękawiczek medycznych produkowano w Malezji. Nawet w najbogatszych i najbardziej rozwiniętych krajach zabrakło elementarnych produktów. W USA, gdzie wydaje się na opiekę zdrowotną najwięcej na świecie, medycy zamiast fartuchów używali worków na śmieci, a jednorazowy sprzęt dezynfekowali w celu ponownego użycia. W dobie walki z zaraźliwym patogenem ceny środków ochrony indywidualnej i leków poszybowały w górę, a gdzieś pojawił się polityczny szantaż. Po raz kolejny okazało się, że kapitał ma narodowość, pieniądze zdrowia nie dają, choć dzięki nim można skutecznie chronić życie, a w stanie zagrożenia epidemicznego wieloletnie zarządzanie opieką zdrowotną, polegające przede wszystkim na ograniczaniu wydatków, odbija się na każdym z nas. Bezpieczeństwo, także zdrowotne, kosztuje. ■

DZISIEJSZA PERSPEKTYWA

Czego uczy epidemia?

Nie wiemy, jak długo jeszcze potrwa pandemia COVID-19, ale jest pewne, że już spowodowała liczne zmiany w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Część z nich obserwujemy od miesięcy, inne od niedawna, a niektóre z pełną mocą mogą objawić się dopiero w przyszłości.



Dr Jerzy Friediger
dyrektor Szpitala
Specjalistycznego
im. S. Żeromskiego w Krakowie,
członek Prezydium NRL

W ciągu roku sytuacja była bardzo zmienna. Wszyscy zostaliśmy zaskoczeni tym, co się dzieje. Na takie zagrożenie nie byliśmy przygotowani. Straży pożarnej nie likwiduje się, kiedy nie ma pożarów, a w poprzednich latach niestety doprowadzono do zamknięcia większości oddziałów chorób zakaźnych w Polsce. Te oddziały powinny być wynagradzane tak jak strażacy, czyli za gotowość. Niestety cały czas jest tak, że z finansowego punktu widzenia nie opłaca się ich prowadzić, bo nie przynoszą dochodów, choć szpitale ponoszą stałe koszty wynikające m.in. z zatrudnienia personelu i utrzymania powierzchni. Po raz drugi zostaliśmy zaskoczeni jesienią, bo nikt nie liczył się z taką skalą zachorowań. Specjaliści ostrzegali, że może to nastąpić, ale nie traktowano poważnie ostrzeżeń o prawdopodobnym

nadejściu jeszcze groźniejszej, drugiej fali pandemii. Nie wyciągnęliśmy wniosków z wiosny. Niestety oszczędzamy na walce z pandemią, mimo że środki finansowe na potrzeby szpitali, w których są leczeni pacjenci z COVID-19, powinny być wręcz nieograniczone. Tymczasem pieniądze istotnie były, ale na sprzęt, środki ochrony osobistej i inwestycje związane z COVID-19 – nie było pieniędzy na wydatki bieżące, na

Oddziały chorób zakaźnych powinny być wynagradzane tak jak strażacy, czyli za gotowość.

dotatki dla tych, którzy walczą z pandemią. COVID-19 to choroba niebezpieczna, często śmiertelna, więc osobom narażającym się na zakażenie wypadałoby jakoś to wynagrodzić, ale o dodatkach finansowych dla medyków rządzący zaczęli na poważnie dyskutować dopiero w październiku, czyli pół roku po wybuchu pandemii. Wokół interpretacji przepisów, komu one przysługują, a komu nie, są tak ogromne niejasności,

że wiele osób w dalszym ciągu oczekuje na wypłatę pieniędzy. W kierowanym przeze mnie szpitalu są dwa oddziały chorób zakaźnych działające praktycznie od lutego ubiegłego roku. Osobom, które tam pracują, wypłacane są 30-proc. dodatki liczone od całego uposażenia ze środków własnych placówki. Nie da się opanować zagrożenia, zamieniając oddziały kardiologiczne i inne na covidowe. Trzeba zwiększyć liczbę bezwzględnej łóżek szpitalnych. Nowo tworzone dla zakażonych pacjentów, zostały obwarowane takimi przepisami, że cały czas stoją puste. To, z czym mamy do czynienia przy szczepieniach, to niewiarygodny bałagan. Mam na myśli ciągle zmieniające się polecenia, niejasności wokół osób wchodzących w skład grupy 0 i grupy 1 czy problemy z dostawami szczepionek, o czym dowiadujemy się z zaskoczenia. Niedawno nasz szpital został poproszony przez wojewodę o zorganizowanie pracy w taki sposób, aby móc szczepić także w weekendy, w dni wolne od pracy. Minęło kilka dni, po czym okazało się, że będziemy dostawać 30 szczepionek tygodniowo, więc nasze przygotowania okazały się zupełnie niepotrzebne. ■



Prof. Jarosław J. Fedorowski
prezes Polskiej Federacji Szpitali,
prezes Polskiego Towarzystwa
Koordynowanej Ochrony Zdrowia

Środowisko lekarskie, pomimo trudnych warunków pracy i ogromnego stresu, przechodzi przez pandemię obronną ręką, choć część medyków przechorowała COVID-19 i ma powikłania. U niektórych widać negatywne skutki obciążenia psychicznego i wypalenia zawodowego. Każdy reaguje w trochę inny sposób. Jako lekarz opiekujący się także na pierwszej linii pacjentami z COVID-19 wyznaję zasadę, że „co nas nie zabije, to wzmocni”, a moje podejście do obecnej sytuacji wynika m.in. z tego, że to druga pandemia, z którą mam do czynienia. Będąc młodym lekarzem uczestniczyłem w walce z pandemią AIDS w Stanach Zjednoczonych.

Głośno wyrażane pretensje do rządzących, do kolegów z pracy, do przedstawicieli innych specjalności lekarskich oraz krytyczne uwagi niektórych pracowników szpitali kierowane wobec placówek opieki podstawowej i na odwrót nie są polską specyfiką. Wielkie zastrzeżenia do swoich rządów mają również lekarze za granicą, np. we Francji, USA i wielu innych krajach, co unaoczniają m.in. dyskusje prowadzone w ramach grupy roboczej Beyond COVID-19 Międzynarodowej Federacji Szpitali IHF. Tego zjawiska nie obserwuje się chyba tylko tam, gdzie zdyscyplinowane podejście do zwalczania pandemii uważamy za niemożliwe do zastosowania w Europie z powodów odmienności kulturowych, w państwach takich jak Singapur, Korea Południowa czy Japonia. Tam medycy mają praktycznie zakaz komentowania bieżącej sytuacji w mediach, poza oficjalnymi przekazami ze strony wyznaczonych zespołów. W dobie pandemii staram się unikać mówienia, że „trzeba było...” albo „szkoda, że...”, bo z upływem czasu dużo łatwiej oceniać to, co było,

w dodatku mając świadomość skutków decyzji podjętych przez innych. Gdybym miał wskazać niedociągnięcia, to widzę je m.in. w koordynacji ruchu pacjentów. Dochodziło do sytuacji, że pod jednym szpitalem przez wiele godzin stały karetki z pacjentami z COVID-19, a w innych placówkach nie było większych problemów z ich przyjęciem. Trochę wcześniej powinna zostać powołana i nieco inaczej skonstruowana Rada Medyczna przy premierze. W tym gronie powinni zasiadać nie tylko specjaliści z zakresu epidemiologii i chorób zakaźnych, ale również przedstawiciele pracodawców, Naczelnej Izby Lekarskiej czy Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych i innych kluczowych organizacji zawodów medycznych. Byłoby lepiej, gdyby Rada Medyczna działała w formule zespołu roboczego, a jej obrady wraz z wydawanymi komunikatami były dostępne online. Najbardziej zaskakuje mnie niebywała solidarność i to pomimo opinii pojawiających się głównie w mediach społecznościowych, które mogą przeczyć jej obecności. ■



Dr Tadeusz Jędrzejczyk, były prezes NFZ, dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego

W ochronie zdrowia należy odejść od myślenia czysto zadaniowego i uwzględnić konieczność utrzymywania gotowości do udzielania pomocy medycznej nie tylko w praktyce działania, ale jako ważny element szacowania niezbędnych kosztów systemowych. Obecnie często i dość bezrefleksyjnie „puste łóżka” szpitalne są traktowane jako marnowanie zasobów. Tymczasem to właśnie odpowiednia rezerwa potencjału w tak wrażliwym systemie, jaki stanowi ochrona

zdrowia, jest po prostu niezbędna. Pandemia pokazała, że potrzebny jest system o większej pojemności. To trochę tak jak z wałami przeciwpowodziowymi i terenami zalewowymi – łatwiej i taniej zaprojektować większe rezerwy, niż starać się błyskawicznie je powiększyć, co na ogół okazuje się niemożliwe do zrobienia. Sporo lekarzy przechorowało zakażenie i boryka się z różnymi skutkami COVID-19, ale myślę, że pandemia w zasadniczy sposób nie wpłynie na wykonywanie zawodu. Pozytywnie zaskoczyło mnie to, że pomimo sytuacji kryzysowej polskie szpitale zareagowały dość elastycznie, a poziom ich niewydolności nie przekroczył bariery, którą mogliśmy obserwować nawet w bardziej rozwiniętych od nas krajach. Jestem jednak negatywnie zaskoczony tym, że choć w zasięgu ręki mamy dość dobrze poznane technologie teleinformatyczne, w walce

z pandemią wykorzystaliśmy zaledwie ułamek ich możliwości. W Polsce dopiero od niedawna są one stosowane trochę szerzej, np. w zakresie śledzenia osób zakażonych. Szybkie wdrożenie teleporad trudno uznać za sukces, jeśli weźmie się pod uwagę nawet nie tyle właściwe wykorzystanie tego, skądinąd pożytecznego narzędzia, co częste i w zasadzie niepotrzebne zmiany regulacyjne. Wirus atakuje przede wszystkim seniorów, ale również osoby dotknięte chorobami cywilizacyjnymi. Wypada zadać pytanie, dlaczego chorobom cywilizacyjnym towarzyszy tyle nadmiarowych zgonów, których liczba dodatkowo wzrosła w czasie pandemii COVID-19? To pokazuje, że takie zagadnienia jak zanieczyszczenie powietrza, aktywność fizyczna czy właściwa dieta, powinny stać na początku agendy działań władz publicznych. ■



Dr Daniel Śliż, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia, sekretarz naukowy Komitetu Zdrowia Publicznego PAN

Pandemia odsunęła na dalszy plan troskę lekarzy o własne zdrowie. Przez to, że w szpitalach mamy do czynienia z wojną z COVID-19, wielu medyków choruje na depresję, coraz częściej dają znać o sobie oznaki wypalenia zawodowego, a frustrację dodatkowo potęgują niskie lub niesprawiedliwe wynagrodzenia. Część lekarzy już teraz rozmyśla, co będzie robić po pandemii, a wśród niektórych pojawiają się głosy o chęci odejścia z zawodu. W ostatnich miesiącach doszło do totalnego zaburzenia relacji międzyludzkich. Starsze osoby rzadziej widują się ze swoimi dziećmi, które są lekarzami,

z uwagi na możliwe ryzyko transmisji wirusa. Osoby pracujące na pierwszej linii frontu walki z COVID-19 są narażone na ogromny stres, przez co u wielu z nich nasilają się problemy ze snem, który przecież jest kluczowym, choć mocno niedocenianym elementem warunkującym zdrowie. Badania pokazują, że ważna jest nie tylko długość snu (6-8 godzin), ale również jego jakość, a nasz zawód, tym bardziej w czasie pandemii, wymaga poświęcenia wielu godzin w miesiącu na nocnych dyżurach. Czy wszyscy budzimy się wyspani? Choroba COVID-19 jest niebezpieczna, ale nie powinniśmy tracić z oczu innych zagrożeń wynikających ze stylu życia. W ramach opieki zdrowotnej trzeba koncentrować się przede wszystkim na dbaniu o zdrowie. Od dawna jako całe społeczeństwo zmagamy się z epidemiami nadciśnienia tętniczego, chorób nowotworowych czy otyłości. Choroby sercowo-naczyniowe powodują rocznie ok. 170 tys. zgonów, a nowotwory 100 tys. One

nie omijają lekarzy. W czasie pandemii w społeczeństwie wzrosło spożycie alkoholu, który – choć bardzo szkodliwy – to wciąż uznawany jest za remedium na stres. Sądzę, że w naszym kraju może być podobnie jak w Wielkiej Brytanii, gdzie pije się o 30 proc. więcej niż przed pojawieniem się koronawirusa. Na dodatek mniej się ruszamy i niewłaściwie odżywiamy, nie doceniając znaczenia diety bogatej w warzywa, które są bogate w substancje odżywcze oraz mikro- i mikroelementy. W czasie pandemii Polak przytył średnio 2-3 kilogramy. To przełoży się już niedługo na częściej występujące groźne powikłania, które dotkną również środowisko medyczne. Pandemia źle wpłynęła na naszą kondycję, dlatego apeluję, aby zwracać uwagę na swoje samopoczucie i, pomimo zagrożenia COVID-19, w większym stopniu zadbać o swoje zdrowie. Najlepszy lekarz to żywy lekarz, a najbardziej skuteczną metodą ochrony przed chorobami jest zdrowy styl życia. ■



Dr Jacek Krajewski, prezes zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”

Dla całego społeczeństwa początki pandemii były podszyte traumą i wielką niepewnością, jakie mogą nieść powikłania po zakażeniu SARS-CoV-2. Z biegiem czasu lepiej poznawaliśmy chorobę COVID-19, przez co staliśmy się bardziej pewni siebie. Przez ostatni rok wśród wielu lekarzy wzrosło poczucie odosobnienia i alienacji. Brak możliwości wychodzenia gdziekolwiek z powodu obostrzeń wpłynął przynębiająco i klaustrofobicznie. Nie możemy wymieniać się w bezpośrednim kontakcie

doświadczeniami w czasie tradycyjnych szkoleń, robimy to telefonicznie czy za pośrednictwem webinarów. Wiedzę trzeba zgłębiać, bo mimo pandemii odpowiedzialność lekarza nie jest mniejsza niż wcześniej. Pandemia doprowadziła do zmiany sposobu udzielania porad lekarskich. Jeszcze rok temu dominował kontakt osobisty, prawie w ogóle nie było teleporad. Można powiedzieć, że piramida się odwróciła, bo obecnie liczba jednych i drugich jest prawie taka sama. Niektórzy pacjenci chwalą teleporady, podkreślając wygodę i to, że dzięki kontaktowi telefonicznemu z lekarzem wzrosła dostępność do opieki podstawowej, ale nie brakuje także opinii krytycznych. W tej chwili prawo zezwala na to, aby pacjent decydował, czy zostanie zbadany osobiście, czy wolą teleporadę. Wielokrotnie to lekarz, w trakcie teleporady, zaprasza pacjenta

do praktyki celem zbadania osobistego. Jest to możliwe również dlatego, że w POZ nie brakuje środków ochrony osobistej i jako medycy jesteśmy zaszczepieni przeciw COVID-19. Pozytywnie zaskoczyło mnie powszechne poczucie odpowiedzialności. Właściwa reakcja na jednoznaczne sygnały płynące od decydentów o konieczności zachowywania dystansu, zakrywania nosa i ust oraz dezynfekcji rąk. W obliczu strachu i pod wpływem przekazów, które pochodziły bezpośrednio od lekarzy czy z mediów, wiele osób dostosowało się do wprowadzanych obostrzeń, co szybko przyniosło efekty. Moim zdaniem główną przyczyną spadku liczby nowych zakażeń jest przestrzeganie reżimu sanitarnego, pomimo opinii różnych grup, które mają swoje powody, by przeciwko temu protestować. Tak samo było wiosną ubiegłego roku. ■

PEDIATRIA W CZASACH PANDEMII

Nie przekazujemy dzieciom lęku

Z prof. Jarosławem Peregud-Pogorzelskim, prezesem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, rozmawia Lucyna Krysiak.



W jaki czuły punkt pediatrii uderzył COVID-19?

Ten czuły punkt to głoszenie tezy, że dzieci podczas pandemii COVID-19 praktycznie nie są dotknięte tą chorobą. Są to opinie nieuprawnione, mylące i niesprawiedliwe. Dzieci także przenoszą koronawirusa i chorują, a utrudnienia w dostępie do podstawowych usług i wprowadzanie często uciążliwych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu są właśnie największymi ograniczeniami dla pacjentów tej grupy wiekowej. Im dłużej trwał będzie kryzys spowodowany pandemią, tym większy będzie jej niekorzystny wpływ na edukację, zdrowie psychiczne, sprawność fizyczną, odżywianie i warunki życia. Można śmiało stwierdzić, że pandemia wpływa niekorzystnie na przyszłość całego młodego pokolenia, i to na wielu płaszczyznach.

Zdalne nauczanie, brak zajęć wychowania fizycznego i kontaktu z rówieśnikami – jak taki tryb życia wpływa na zdrowie dzieci?

Pamiętajmy, że każdy człowiek jest inny. Dotyczy to również dzieci, które może nie wszystko rozumieją, ale są świetnymi obserwatorami. Są w stanie dostrzec wiele istotnych zmian, jakie zaszły w ich otoczeniu, w schematycznej i zorganizowanej codzienności. Przede wszystkim nie muszą chodzić do przedszkola, a starsze zamiast uczyć się w szkole z rówieśnikami, robią to za pośrednictwem internetu w domach, co bardzo niekorzystnie wpływa na ich zachowania, przede wszystkim wywołuje nadmierne zmęczenie, apatię i niechęć do jakichkolwiek działań. Na to wszystko nakładają się jeszcze brak kontaktu z rówieśnikami, zmniejszona aktywność fizyczna, ograniczona możliwość uprawiania sportu. W takich warunkach dzieci i młodzież zaczynają się izolować, a my, mam na myśli rodziców, ale też wychowawców, nie potrafimy nawiązać z nimi dobrego kontaktu.

Co można w tej sytuacji zrobić?

Pandemia to czas trudny, specyficzny, wymagający wzmożonej kontroli nad dziećmi, szczególnie w odniesieniu do czasu, jaki spędzają przed komputerem czy innymi urządzeniami, np. smartfonami. Zaznaczam to bardzo stanowczo, ponieważ mamy już wiele danych na temat przemocy w cyberprzestrzeni, która w coraz większym wymiarze dotyczy dzieci i młodzież, i nierzadko kończy się dla nich tragicznie.

Dzieci, będąc świetnymi obserwatorami, z łatwością dostrzegają, że rodzice inaczej wykonują swoje dotychczasowe obowiązki, inaczej spędzają wolny czas, wiodą inny styl życia – nie zapraszają znajomych do domu, nie wychodzą do kina, teatru, częściej myją ręce, korzystają z żelu antybakteryjnego, a do sklepu udają się z ochronną maseczką na twarzy, a co istotne, te wszystkie zachowania i czynności są podszyte niepokojem przed zakażeniem koronawirusem. Ważne, aby tego lęku nie przekazywać dzieciom, które widzą w rodzicach autorytet, a w ich ramionach bezpieczną przystań. Ograniczenia wprowadzane przez rząd wpływają również na

codziennosc dzieci, które z pewnością nie w pełni rozumieją przyczyny wielu zmian, w związku z czym mogą odczuwać lęk i niepokój, a nawet się buntować. Nie należy więc unikać rozmów o koronawirusie i odpowiadać na trudne pytania w taki sposób, by dziecko przestało się bać.

Którą grupę wiekową pacjentów pediatrycznych, czyli tych 0-18 lat, pandemia dotyka najbardziej?

Wszystkie grupy wiekowe dzieci i młodzieży, ale w różnym zakresie, co wynika z ich stopnia rozwoju psychosomatycznego, który ściśle powiązany jest z wiekiem dziecka. Jest to grupa bardzo heterogenna pod względem uwarunkowań rozwojowych, dlatego do każdej z nich trzeba mieć opracowany i przygotowany system odpowiednich zabezpieczeń i działań profilaktycznych na czas pandemii. Przede wszystkim należy szczególny nacisk położyć na psychosomatyczny stan dzieci, w tym szczególnie młodzieży, która wymaga specjalnego zaopiekowania i nadzoru.

Czym się leczy COVID-19 u dzieci i dlaczego nie można ich szczepić przeciwko tej chorobie?

Dzieci częściej niż dorośli przechodzą COVID-19 bezobjawowo i śmiertelność w przebiegu tej choroby jest u nich zdecydowanie niższa. Szacuje się, że nawet do 90 proc. chorujących przechodzi chorobę łagodnie lub bez charakterystycznych symptomów. W cięższych przypadkach najczęstsze objawy COVID-19 u dzieci przypominają przeziębienie, są to m.in.: kaszel, gorączka (zwykle ok. 38 st. C), katar, czasem wymioty i biegunka, ból gardła, osłabienie. Wówczas wystarczy postępowanie związane z leczeniem tych objawów. Jednak choroba, choć stosunkowo rzadko, może mieć ciężki przebieg lub przebiegać pod postacią PIMS-TS i wówczas pacjenci bezwzględnie wymagają leczenia szpitalnego.

Jeśli chodzi o szczepienia dzieci przeciwko COVID-19, to zasady ustalają producenci szczepionek. Ponieważ nie przeprowadzono jeszcze wystarczających badań klinicznych u pacjentów poniżej 16 r.ż., szczepionka nie mogła uzyskać rekomendacji do stosowania jej u osób poniżej tej granicy wieku, a więc u młodzieży i dzieci.

A co ze szczepieniami, którymi standardowo objęte są dzieci i młodzież? Czy w obecnej, pandemicznej sytuacji działa ruch antyszczepionkowy?

Szczepienia powinny być realizowane zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień. Takie jest stanowisko Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii. Ruch antyszczepionkowy nadal działa. Jednak obecna sytuacja pandemiczna jednoznacznie pokazuje, że bez szczepień zarówno wcześniej, jak i obecnie nie tylko nie opanujemy, ale również nie będziemy mogli zapobiec infekcjom o zasięgu globalnym.

Niezależnie od pandemii nie zniknęły choroby wieku dziecięcego, dzieci chorują na nowotwory, schorzenia neurologiczne, ortopedyczne etc. Czy mają swobodny dostęp do leczenia?

Nikt w czasie pandemii nie ograniczał dostępu do leczenia dzieciom i młodzieży, zwłaszcza szpitalnego. Z informacji, które posiadam, wynika, że dzieci i młodzież z chorobami przewlekłymi byli bez problemów przyjmowani do oddziałów specjalistycznych zajmujących się leczeniem tego typu schorzeń. Jednak w opiece ambulatoryjnej wyglądało to już zupełnie inaczej. Działała ona głównie w oparciu o teleporady. Taki system na pewno wpłynął na zbyt późne rozpoznawanie nowych przypadków chorób przewlekłych i zbyt późne przekazywanie takich pacjentów do ośrodków specjalistycznych, gdzie później trafiali w ciężkim stanie ogólnym. Dlatego z ogromnym zadowoleniem przyjęliśmy decyzję Ministra Zdrowia o wyłączeniu z teleporad w opiece ambulatoryjnej dzieci poniżej 6. r.ż. i dorosłych powyżej 65. r.ż.

Bardzo mocno podkreśla się potrzebę uruchomienia modelu psychiatrii dziecięcej, opartej na opiece środowiskowej, ale są problemy z jej finansowaniem. Jakie jest stanowisko Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w tej sprawie?

Psychiatria dziecięca od zawsze była niedofinansowana i wymagała gruntownej przemiany, jeżeli chodzi o zmianę sposobu opieki nad dziećmi i młodzieżą wymagających wsparcia psychologa lub opieki i leczenia psychiatry. PTP wielokrotnie postulowało i solidaryzowało się z postulatami kierowanymi pod adresem

sem rządzących o podjęcie natychmiastowych działań usprawniających funkcjonowanie psychiatrii wieku rozwojowego. Mamy głęboką nadzieję, że po ostatnich deklaracjach tak się stanie. Musimy pamiętać, że zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę w zakresie psychiatrii będzie coraz większe i pandemia ma w tym swój udział.

PTP i krajowy konsultant w dziedzinie pediatrii wydali wytyczne dotyczące zasad postępowania w opiece ambulatoryjnej nad dziećmi w czasie pandemii COVID-19.

Uznaliśmy wspólnie z konsultantem krajowym w dziedzinie pediatrii, że lekarze POZ oczekują od nas wytycznych dotyczących zasad postępowania w opiece ambulatoryjnej nad dziećmi w okresie pandemii. Dlatego opracowaliśmy rekomendacje uwzględniające podział na związane z opieką nad dziećmi chorymi, nad dziećmi z udokumentowanym zakażeniem SARS-CoV-2 lub stwierdzoną COVID-19 u matki, zaleceniami dotyczącymi szczepień, wizytami profilaktycznymi i zdrowiem psychicznym dziecka. Myślę, że te wytyczne są cenną wskazówką dla lekarzy POZ, jak postępować z dziećmi w tej pandemicznej rzeczywistości i uprządkują sprawy z tym związane. ■

Musimy pamiętać, że zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę w zakresie psychiatrii będzie coraz większe i pandemia ma w tym swój udział.

Epidemia a badania okresowe pracowników

Pracodawca musi zapewnić pracownikom, na swój koszt, profilaktyczną opiekę lekarską, na którą składają się trzy rodzaje badań:

- 1) wstępne – dla osób przyjmowanych do pracy lub pracowników młodocianych przenoszonych na inne stanowiska pracy i innych pracowników przenoszonych na stanowiska pracy, na których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe,
- 2) okresowe – w terminie wyznaczonym przez lekarza medycyny pracy,
- 3) kontrolne, w przypadku niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, spowodowanej chorobą.

Zgodnie z art. 229 § 4 Kodeksu pracy, pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak

przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie.

W czasie epidemii COVID-19 pracodawca nie ma jednakże obowiązku kierowania pracowników na badania okresowe, gdyż zachowują one ważność jeszcze przez 180 dni od dnia jej zakończenia. Obowiązek kierowania na badania dotyczy wyłącznie badań wstępnych i kontrolnych.

Zasady odbywania badań profilaktycznych przez pracowników uległy w okresie istniejącego stanu epidemii COVID-19 zmianom na mocy art. 12a ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1842 ze zm.), zwanej specustawą koronawirusową. Regulacja ta przewiduje, iż

w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, od dnia ogłoszenia danego stanu, zawiesza się obowiązek m.in. wykonywania badań okresowych, o których mowa w art. 229 § 2 Kodeksu pracy, wystawiania skierowania na te badania oraz wykonywania badań okresowych, o których mowa w art. 229 § 5 KP.

Jak natomiast wynika z art. 31m ust. 1 specustawy koronawirusowej, orzeczenia lekarskie wydane w ramach wstępnych, okresowych i kontrolnych badań lekarskich, których ważność upłynęła po dniu 7 marca 2020 r., zachowują ważność nie dłużej jednak niż do upływu 180 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii (termin ten wydłużono z 60 do 180 dni na mocy art. 10 Tarczy branżowej 6.0). ■

Obowiązek informacyjny wobec ZUS o zawartych umowach o dzieło

Od 1 stycznia br. obowiązuje zmiana przepisów, obligująca do zgłaszania w ZUS informacji o zawartej umowie o dzieło, nawet jeżeli osoba ją wykonująca nie będzie podlegała z tego tytułu żadnym ubezpieczeniom.

Obowiązek ten wprowadziła nowelizacja specustawy koronawirusowej, która zmieniła m.in. przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Zgodnie ze znowelizowanym art. 36 ust. 17 ustawy o sus, „płatnik składek lub osoba fizyczna zlecająca dzieło informuje ZUS o zawarciu każdej umowy o dzieło, jeżeli umowa taka zawarta zostanie z osobą, z którą nie pozostaje w stosunku pracy lub jeżeli w ramach takiej umowy nie wykonuje pracy na

rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy”. Co ciekawe, obowiązek zgłaszania w ZUS zawartej umowy o dzieło dotyczy zarówno podmiotów posiadających status płatnika składek, czyli opłacających składki np. za pracowników czy zleceniobiorców, jak i osób fizycznych, które nie zatrudniają żadnych osób ani nie prowadzą jakiegokolwiek działalności, z której powinny opłacać składki ubezpieczeniowe za siebie.

Informację o zawarciu takiej umowy trzeba przekazywać na specjalnym formularzu RUD, w którym oprócz danych identyfikacyjnych i adresowych zamawiającego oraz wykonawcy podaje się również informacje o zawartych umo-

wach o dzieło, tj. datę zawarcia, rozpoczęcia i zakończenia wykonywania umowy o dzieło oraz trzeba wskazać, co będzie przedmiotem zawartej umowy. Na przekazanie do ZUS informacji o zawartej umowie o dzieło płatnik składek czy osoba fizyczna mają 7 dni od dnia zawarcia tej umowy.

Nie ma jedynie wymogu przekazywania informacji o umowie o dzieło zawartej z osobą, z którą dany podmiot pozostaje w stosunku pracy lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje ona pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy. Od przychodu z takich umów pracodawca oblicza składki wraz z rozliczeniem wynagrodzenia pracownika. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

O lekarzu dentyście, któremu odebrano PWZ

Okręgowy sąd lekarski skazał lekarza dentystę na karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu za to, że w trakcie zawieszenia PWZ na 5 lat, orzeczonego przez OSL za różne przewinienia zawodowe, nadal przyjmował chorych w gabinetach stomatologicznych.

Obowiniony naruszył tym samym art. 1 p.3 Kodeksu Etyki Lekarskiej i art. 108 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich. Lekarz dentysta odwołał się od powyższego orzeczenia do Naczelnego Sądu Lekarskiego. NSL utrzymał w mocy orzeczenie OSL, pozbawiające lekarza dentystę prawa wykonywania zawodu. Kasacja złożona od wyroku NSL przez adwokata obwinionego do Sądu Najwyższego została odrzucona jako oczywiście bezzasadna, a wyrok NSL został utrzymany w mocy. ■

Art. 1 p.3 KEL:

Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Art. 108 ust. 1 Ustawy o izbach lekarskich z dn. 2 grudnia 2009 r.:

Lekarz zawieszony w prawie wykonywania zawodu nie może wykonywać zawodu w żadnej formie.

Gdy na jakimś terenie ilość skrzywdzonych i oszukanych pacjentów się zwiększała, przenosił się w inne miejsce, a nawet na jakiś czas wyjeżdżał za granicę, chwając się, że praktykuje w Rosji i Szwecji.

KOMENTARZ



Jacek Miarka
przewodniczący NSL

Pozbawienie prawa wykonywania zawodu jest najbardziej surową z katalogu kar orzekanych przez sądy lekarskie. Jest ona porównywalna z karą śmierci, bo w istocie oznacza śmierć zawodową. Nie jest orzekana często i wymaga przekonania całego składu sędziowskiego, że to orzeczenie jest jedynym słusznym. Czy lekarz dentysta z opisanej sprawy na nią zasłużył? W moim przekonaniu tak. Jak do tej pory był rekordzistą, jeśli chodzi o stawianie przed sądem lekarskim. Przy pierwszych sprawach otrzymywał upomnienia i nagany, ale to nie przynosiło żadnego skutku. Przyjmował w wielu gabinetach w całym kraju, reklamując się jako wybitny specjalista w dziedzinie protetyki, ortodoncji i implantologii, choć w istocie nie posiadał żadnej specjalizacji.

Działał w sposób bezwzględny i zaplanowany jedynie w celu osiągnięcia korzyści materialnych.

Reklamował się w internecie i gazetach lokalnych, a także przez rozdawane ulotki, konkurował przede wszystkim ceną, aczkolwiek zdarzało się, że jego honoraria były liczone w dziesiątkach tysięcy złotych. Niestety, poziom jego usług stomatologicznych w drastyczny sposób odbiegał od tego, czego wymagałby aktualny stan wiedzy i należyta staranność. Zdarzało się, że wszczepione implanty wypadały już po dwóch dniach, a konsekwencje źle wykonanych zabiegów skazywały chorych na długie cierpienie. Gdy na jakimś terenie ilość skrzywdzonych i oszukanych pacjentów się zwiększała, przenosił się w inne miejsce, a nawet na jakiś czas wyjeżdżał za granicę, chwając się, że praktykuje w Rosji i Szwecji. W ostatnich latach, niezależnie od siebie, cztery okręgowe sądy lekarskie różnych izb zawieszały mu PWZ na 5 lat, zrobił to także sąd karny. Pacjenci, którzy wygrywali z nim procesy cywilne o odszkodowania, nigdy nie doczekali się rekompensaty finansowej, bo komornicy umarzali sprawy z powodu niewypłacalności i braku majątku własnego

obwinionego, którego chorzy widzieli potem w luksusowych samochodach. Na dodatek obwiniony przysyłał im kartki z życzeniami z całego świata. Najczęściej unikał sta-
wienictwa w sądach, zmieniając miejsce zamieszkania i nie odbierając wezwań. Jednocześnie otwierał kolejne gabinety bez wymaganych zezwoleń.

Wielokrotne karanie obwinionego wskazuje na bezskuteczność dotychczas stosowanych sankcji. Jego postawa przed sądem, brak jakiegokolwiek refleksji, poczucia winy, całkowity brak poszanowania dla wymogów etycznych i prawnych obowiązujących lekarza i materialny cynizm spowodowały, że NSL nie znalazł w tej sprawie żadnych okoliczności łagodzących. Taka postawa podważa zaufanie społeczne do zawodu lekarza, powoduje fatalny odbiór społeczny naszego środowiska i nie może być tolerowana przez organy odpowiedzialności zawodowej. NSL uznał, że istnieje w tym wypadku potrzeba jednoznacznego wskazania nieuchronności kary za popełnianie kolejnych przestępstw zawodowych i że taka postawa jest nieopłacalna, bo powoduje całkowitą i nieodwracalną eliminację z zawodu lekarza. ■

RELACJA PACJENT-LEKARZ

Potajemne nagrywanie wizyty

Jak ma zachować się lekarz, gdy zorientuje się, że jest potajemnie nagrywany przez pacjenta?

Dr n. praw. **Radosław Tymiński** radca prawny zajmujący się obroną lekarzy w sprawach sądowych

W środowisku medycznym wiele kontrowersji wzbudza potajemne nagrywanie wizyt przez pacjentów. Wielu medyków uważa, że godzi to w tajemnicę lekarską i podważa wzajemne zaufanie. Mimo to takie zachowanie jest coraz częstsze. Z danych opublikowanych w jednym z badań przeprowadzonych na zlecenie Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice wynika, że do nagrywania wizyt przyznaje się co dziesiąty pacjent¹.

BRAK ZAUFANIA

Na taką sytuację wpływa wiele czynników, wśród których trzy są najbardziej oczywiste. Po pierwsze, nagrywanie jest proste, ponieważ każdy smartfon jest wyposażony w funkcję dyktafonu. Po drugie, powszechne jest przekonanie pacjentów o popełnianiu przez lekarzy błędów medycznych, co powoduje, że poszukuje się dowodów „na wszelki wypadek” (z badań CEBOS wynika, że 33 proc. polskich pacjentów uważa, iż padło ofiarą błędu medycznego²). Po trzecie, niektórzy prawnicy zajmujący się dochodzeniem roszczeń od podmiotów leczniczych i lekarzy zachęcają do nagrywania, widząc w tym jedną z przewag procesowych lub rozwiązanie problemów organizacyjnych.

Na jednym z blogów znalazłem taki oto wpis: „W polskiej służbie zdrowia zdarzają się sytuacje, w których zachowanie personelu medycznego aż się prosi o nagrania. Użycie tych nagrań w sądzie będzie miało szczególne znaczenie, gdy lekarz, będący bohaterem nagrania twierdzi, że nie pamięta

nagranych wydarzeń lub zwyczajnie kłamać”³ albo: „Jakie jest – nomen omen – lekarstwo na «znikającą» dokumentację z teleporady? Pozostaje tylko udokumentowanie przez pacjenta teleporady, poprzez jej nagranie”⁴.

ZGODNE Z PRAWEM

Nie ulega wątpliwości, że zdarzają się pacjenci, którzy nagrywają przebieg wizyty lekarskiej. Trzeba podkreślić, że działają zgodnie z prawem – nagrywanie rozmów czy wydarzeń, w których się uczestniczy, nie jest zabronione przez prawo⁵. W związku z tym w orzecznictwie coraz częściej formułowany jest pogląd, że: „Istnieje możliwość skorzystania w procesie sądowym z dowodu z nagrań, nawet jeżeli nagrań tych dokonano bez wiedzy i zgody jednego z rozmówców”⁶.

JAK SIĘ ZACHOWAĆ?

W sytuacji, gdy lekarz zauważy, że jest potajemnie nagrywany, ma różne możliwości reakcji. Wielu lekarzy złości się, żąda wyłączenia nagrywania albo odmawia kontynuowania wizyty. W moim przekonaniu każde z takich zachowań jest nieprawidłowe, ponieważ może zostać zinterpretowane jako chęć ukrycia czegoś. Jako dość oczywiste jawi się w takiej sytuacji pytanie, czego obawia się lekarz, skoro nie chce zgodzić się na nagrywanie wizyty.

Czy taką sytuację można przekuć na korzyść lekarza? Oczywiście, że tak. W moim przekonaniu istnieją trzy podstawowe kwestie, o których powinien pamiętać lekarz.

W pierwszej kolejności lekarz powinien zachęcić pacjenta do jawnego nagrywania z uwagi na to, że nie ma nic do ukrycia: „Proszę się nie krępować i nagrywać, ja nie mam nic do ukrycia”. Już samo takie stwierdzenie prowadzi do zwiększenia zaufania do lekarza (a często skłania pacjenta nawet do wyłączenia nagrywania; zapobiega też nagrywaniu w przyszłości).

W drugiej kolejności lekarz powinien odnotować w dokumentacji medycznej, że wizyta była nagrywana, np. „Wizyta nagrywana przez pacjenta telefonem”. Taki wpis może mieć znaczenie dowodowe, ponieważ umożliwi w razie sporu prawnego zobligowanie pacjenta do dostarczenia do sądu nagrania, które potwierdzi prawidłowe przeprowadzenie wizyty.

W ostatniej kolejności lekarz powinien pamiętać o skrupulatnym odnotowaniu w dokumentacji medycznej przebiegu wizyty. Chodzi przede wszystkim o to, żeby treść dokumentacji była maksymalnie zbliżona do treści nagrania. W razie ewentualnego sporu pozwoli to wykazać, że lekarz rzetelnie wszystko odnotowywał i właściwie prowadził diagnostykę i leczenie pacjenta. ■

¹ <https://www.fiercehealthcare.com/practices/more-patients-are-recording-doctor-visits>, data odwiedzin: 16.02.2021 r.

² Komunikat z badań CEBOS, nr 165/2014, s. 3.

³ <https://bladlekarza.com/nagrywanie-wizyt-lekarskich-czy-pacjent-moze-nagrywac-lekarza/>, data odwiedzin: 16.02.2021 r.

⁴ <https://bladprzy porodzie.com/teleporada-i-jej-zasadzki/>, data odwiedzin: 16.02.2021 r.

⁵ Por. wyrok WSA w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 4 października 2018 r. (sygn. akt I SA/GO 244/18). Więcej na ten temat: R. Tymiński, Czy pacjent może nagrywać wizytę u lekarza bez informowania go o tym? „Kardiologia po Dyplomie” 2018, nr 5.

⁶ Wyrok SA w Łodzi z dnia 12 sierpnia 2016 r. (sygn. akt I A CA 1653/15).

PWZ DLA LEKARZY Z DYPLOMAMI SPOZA UE

Uproszczony dostęp do zawodu

– zgodność z prawem unijnym i inne kontrowersje

Marek Szewczyński radca prawny NIL

W 2020 r. dokonano szeregu zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w szczególności wprowadzono, w dwóch szybko następujących po sobie nowelizacjach, przepisy regulujące tzw. uproszczony dostęp do wykonywania w Polsce zawodów lekarza i lekarza dentysty przez osoby, które uzyskały kwalifikacje zawodowe poza Unią Europejską.

Ma to być – jak należy wnosić z uzasadnień tych zmian – sposób na radzenie sobie z problemem niewystarczającej liczby lekarzy w Polsce, co jest szczególnie widoczne obecnie w okresie epidemii, a na co od wielu lat wskazywał samorząd lekarski.

Przyjęte zmiany legislacyjne wzbudziły jednak szeroką dyskusję (także na łamach „GL”) co do tego, czy rzeczywiście są właściwą reakcją na problem niedoboru kadr medycznych – nie tylko zresztą lekarzy i lekarzy dentystów, jako że podobne zmiany dotyczą pielęgniarów, położnych i ratowników medycznych. Przede wszystkim, nowe regulacje są poddawane krytyce z uwagi na to, że nie zapewniają rzetelnej weryfikacji kwalifikacji zawodowych uzyskanych przez lekarzy poza UE, jak również że nie wymagają od nich wykazania odpowiedniej znajomości jęz. polskiego.

W ramach toczących się dyskusji na ten temat, warto w mojej ocenie przynajmniej zasygnalizować (nie da się bowiem tego dokładnie omówić w ramach niniejszego tekstu) kilka zagadnień o charakterze prawnym.

Dla jasności należy na wstępie wskazać, że nowe przepisy przewidują różne

rodzaje uprawnień, a mianowicie:

– prawo wykonywania zawodu (PWZ) na określony zakres czynności zawodowych, które ma być przyznawane (do 5 lat) lekarzom z tytułem specjalisty i co najmniej 3-letnim doświadczeniem zawodowym jako specjalista,

– warunkowe PWZ, które ma być przyznawane (do 5 lat) w okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii lekarzom z tytułem specjalisty, a także lekarzom bez specjalizacji.¹

PROCES LEGISLACYJNY

Co do zasady nowe regulacje prawne powinny być uchwalane i wprowadzane w życie m.in. po przeprowadzeniu wnikliwej analizy sytuacji, którą mają regulować, określeniu przewidywanych skutków proponowanych rozwiązań oraz zasięgnięciu opinii podmiotów i osób, których planowane regulacje dotyczą

jakie można sobie zadać, brzmi: czy omawiane regulacje są uzasadnione i czy faktycznie służą przeciwdziałaniu skutkom epidemii COVID-19 (czy służą temu np. zmiany w dostępie do wykonywania zawodu lekarza dentysty albo położnej)?

CO Z PRAWEM UNIJNYM?

Samorząd lekarski od początku podkreślał, że tego rodzaju rozwiązania naruszają przepisy prawa unijnego, które nakazują państwom członkowskim UE w każdym przypadku ustalić, czy lekarz albo lekarz dentysta odbył kształcenie spełniające określone w prawie unijnym minimalne wymogi kształcenia³.

Nie wdając się w tym miejscu w dysputę, czy i w jakim zakresie wskazane wyżej przepisy unijne są wiążące dla państw członkowskich, wydaje się mimo wszystko, że ustawodawca krajowy, mając na uwadze prawa i bezpie-

Pytanie, jakie można sobie zadać, brzmi: czy omawiane regulacje są uzasadnione i czy faktycznie służą przeciwdziałaniu skutkom epidemii COVID-19?

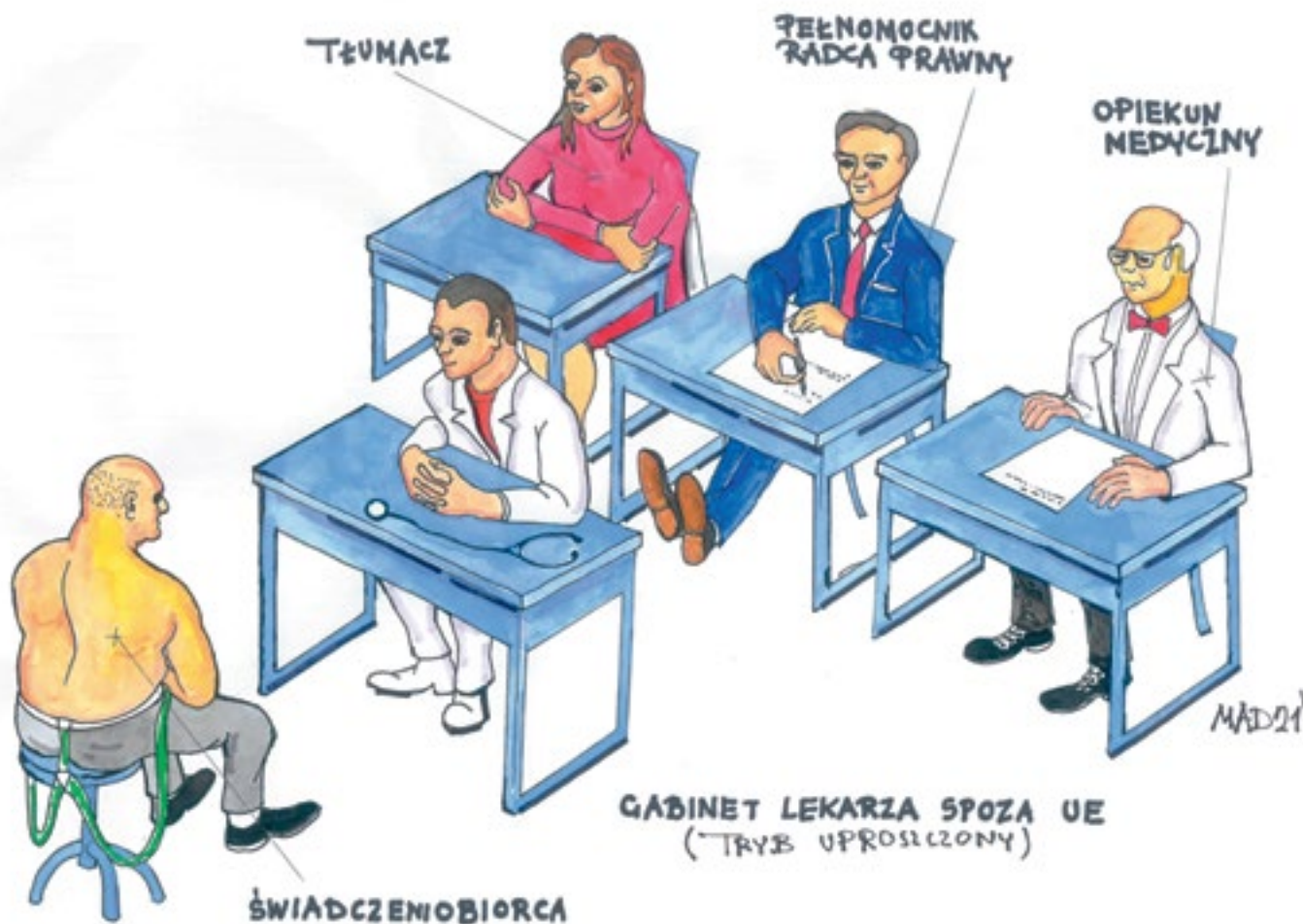
(konsultacje publiczne/społeczne)².

Nie sposób jednak powiedzieć, że w tym przypadku faktycznie miało to miejsce, o czym szeroko już informowano na łamach „GL” (tzw. projekty poselskie, ekspresowy tryb legislacyjny w Sejmie, ponowne zgłaszanie tych samych propozycji, które były już odrzucane przez większość sejmową itp.).

Oczywiście, stan epidemii, w jakim żyjemy od roku, uzasadnia wprowadzanie pewnych zmian w trybie pilnym bez zachowania zwykłych procedur. Pytanie,

czyśno pacjentów, powinien dążyć do zapewnienia, że następuje rzetelna weryfikacja, czy konkretny lekarz uzyskał kwalifikacje spełniające takie minimalne wymogi.

Omawiane regulacje, w daleko idący sposób ograniczające dokumentację, jaką należy przedstawić, i kładące nacisk przede wszystkim na szybkość postępowania, nie gwarantują, że takie rzetelne porównanie odbytego kształcenia i posiadanej wiedzy oraz umiejętności nastąpi.



Pierwsze decyzje MZ udzielające zgody na wykonywanie zawodu wydane zostały już 21 stycznia br., czemu nadano zresztą dużego rozgłosu medialnego, włącznie z niespotykanym dotychczas wręczaniem tych decyzji 5 lekarzom osobiście przez Ministra Zdrowia podczas transmitowanej na żywo konferencji prasowej.

Kilkakrotnie w trakcie prac legislacyjnych powoływano się na to, że analogiczne przepisy obowiązują w Niemczech⁴. Nie przedstawiono jednak – a przynajmniej nie w publicznie dostępnych materiałach – żadnej analizy tych przepisów. Tymczasem z analizy niemieckich aktów prawnych⁵ wynika, że występują w tym zakresie istotne różnice.

Po pierwsze, okres, na jaki co do zasady można przyznać w Niemczech takie uprawnienie, wynosi nie więcej niż 2 lata i może być przedłużony tylko w wyjątkowych przypadkach. W piśmiennictwie prawniczym w Niemczech wskazuje się, że okres 2 lat powinien zostać wykorzystany do wykazania, że lekarz spełnia wymogi do uzyskania pełnych uprawnień

zawodowych. Jest to moim zdaniem znacząca różnica w porównaniu do 5-letniego okresu przewidzianego w polskim prawie. Po drugie, właściwe organy niemieckie rozpatrujące wnioski o przyznanie takiego uprawnienia mają obowiązek uwzględnienia poziomu wiedzy i umiejętności lekarza, a jeżeli uznają, że stan wiedzy i umiejętności może zagrażać zdrowiu publicznemu, należy odmówić udzielenia zezwolenia.

Odnosząc się do kształcenia specjalizacyjnego (tytuł specjalisty uzyskany poza UE), można przykładowo wskazać, że na Ukrainie szkolenie specjalizacyjne lekarzy odbywa się najpierw w ramach tzw. internatury (trwającej od roku do 3 lat, np. anestezjologia – 2 lata), a większość lekarzy nie kontynuuje

dalszego szkolenia specjalizacyjnego w ramach tzw. ordynatury. Nie sposób chyba uznać, że wymogi, które musi spełnić lekarz specjalista w Polsce (np. w dziedzinach, w których szkolenie specjalizacyjne w Polsce wynosi 5-6 lat), odpowiadają poziomowi wiedzy i umiejętności uzyskanych po rocznym czy dwuletnim szkoleniu. Na Białorusi szkolenie w ramach internatury może być nawet krótsze niż jeden rok. Zdziwienie musi więc budzić niczym nie poparte stwierdzenie Ministerstwa Zdrowia, że lekarze posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii uzyskany poza UE posiadają wiedzę i umiejętności „znacznie” przewyższające wiedzę i umiejętności lekarzy w trakcie takiej specjalizacji w Polsce⁶.

Oczywiście nie można i nie należy z góry zakładać, że z omawianych możliwości dostępu do wykonywania w Polsce zawodu będą korzystać wyłącznie lekarze o kwalifikacjach nieodpowiadających wymogom polskim i unijnym – wręcz przeciwnie – należy mieć nadzieję, że będą to profesjonalści spełniający wszystkie wymogi kwalifikacyjne, którzy spokojnie mogliby dopełnić wymogów pozwalających na uzyskanie pełnych uprawnień zawodowych. Ale nie można też wykluczyć, że nowe procedury umożliwią jednak dostęp do zawodu osobom posiadającym wiedzę i umiejętności odbiegające od tych wymogów – i nie będzie to wcale „winą” tych osób, lecz będzie to wynikać np. z odmienności procesu kształcenia lekarzy w państwach, z których pochodzą.

ODPOWIEDNIA ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA

Lekarze ubiegający się o PWZ na określony zakres czynności mają jedynie składać oświadczenie co do znajomości jęz. polskiego, zaś od ubiegających się o prawo „warunkowe” nie wymaga się nawet takiego oświadczenia.

Jak należy przypuszczać, ustawodawca wychodzi z założenia, że lekarze z Białorusi czy Ukrainy władają językiem polskim i nie ma potrzeby tego weryfikować. Warto sobie chyba jednak zadać pytanie, czy sam fakt znajomości jęz. polskiego jako jęz. ojczystego rzeczywiście umożliwia nam swobodne komunikowanie się w mowie i piśmie z osobami z innych państw słowiańskich, i to nie na poziomie życia codziennego, ale na poziomie fachowym, medycznym. A pamiętać należy, że omawiane przepisy nie dotyczą wcale tylko osób pochodzących z państw kulturowo i językowo bliskich Polsce.

Można w tym kontekście podkreślić, że w prawie unijnym wprowadzono w 2005 r. możliwość weryfikacji znajomości języka m.in. przez lekarzy z innych państw UE, co było w zasadzie jedynym w ostatnich latach tego rodzaju odstępstwem od stopniowego upraszczania procedur administracyjnych (procedur – nie wymogów) dot. dostępu do zawodów medycznych – takich zmian domagały się od Komisji Europejskiej państwa członkowskie, np. Wielka Brytania.

PROCEDURA PRYZNANIA PWZ

Nowelizacja ustawy wprowadzająca warunkowe PWZ weszła w życie w dniu 30 grudnia 2020 r. Pierwsze decyzje MZ udzielające zgody na wykonywanie zawodu wydane zostały już 21 stycznia br., czemu nadano zresztą dużego rozgłosu medialnego, włącznie z niespotykanym dotychczas wręczaniem tych decyzji 5 lekarzom osobiście przez Ministra Zdrowia podczas transmitowanej na żywo konferencji prasowej. Obecnie wnioski o przyznanie tym osobom odpowiedniego PWZ są rozpatrywane przez właściwe miejscowo okręgowe rady lekarskie.

Na marginesie można wskazać, że informacja prasowa na ten temat zamieszczona na stronie internetowej MZ była nieścisła i wskazywała, że lekarze uzyskali PWZ w trybie uproszczonym. Zostało to sprostowane po interwencji Prezesa NRL.

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia izby lekarskie mają obecnie obowiązek przyznawać odpowiednie PWZ wyłącznie w oparciu o decyzję Ministra Zdrowia i mają to robić w (mało realnym) terminie 7 dni – wg MZ wystarczy przedłożyć w izbie jedynie decyzję resortu zdrowia, odpowiednie zdjęcie i dowód tożsamości. Takie podejście całkowicie pomija konstytucyjne i ustawowe zadania samorządu lekarskiego związane ze sprawowaniem pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu, w tym prowadzenia rejestru lekarzy za-

Puszczając trochę wodze fantazji, można by to porównać do sytuacji lekarza wydającego – zgodnie ze swymi uprawnieniami – orzeczenie lekarskie (np. lekarza orzecznika ZUS, lekarza sądowego) wyłącznie na podstawie informacji od innego lekarza, nieopartej dokumentacją medyczną i, co więcej, będącego związanym taką informacją, choćby sam miał wątpliwości co do tego, czy dane orzeczenie jest uzasadnione.

MOŻLIWOŚĆ WYKONYWANIA ZAWODU BEZ PWZ

W sytuacji odmowy przyznania PWZ przez izbę lekarską albo nieprzyznania PWZ w terminie 7 dni lekarz będzie mógł wykonywać w Polsce zawód na podstawie i w zakresie określonym w decyzji ministra do czasu prawomocnego zakończenia postępowania w sprawie przyznania PWZ i będzie w tym okresie uznawany za lekarza posiadającego odpowiednie PWZ. Prawomocne zakończenie postępowania obejmuje w mojej ocenie także ewentualne postępowanie przed sądami administracyjnymi, a więc może trwać w obecnych warunkach kilka lat.

Konsekwencją takiego rozwiązania będzie to, że lekarz będzie mógł wykonywać zawód, nie będąc członkiem izby lekarskiej, a zatem nie będąc zobowiązany np. do przestrzegania zasad etyki lekarskiej i nie podlegając

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia izby lekarskie mają obecnie obowiązek przyznawać odpowiednie PWZ wyłącznie w oparciu o decyzję Ministra Zdrowia i mają to robić w (mało realnym) terminie 7 dni.

wierającego dane, z których część jest dostępna publicznie.

Jednocześnie nie będzie zapewne wiadomo, czym kierował się Minister Zdrowia, podejmując daną decyzję i jak weryfikował dany wniosek. Co więcej, w niektórych przypadkach minister będzie mógł nawet odstąpić od wymogu zalegalizowania dyplomu przez polskiego konsula albo zamieszczenia na nim apostille. Tymczasem w wielu państwach kładzie się duży nacisk na weryfikację autentyczności dokumentów (dyplomów) i często zleca się takie czynności zewnętrznym, wyspecjalizowanym podmiotom.

odpowiedzialności zawodowej lekarzy (ale lekarz sprawujący nad nim nadzór będzie takiej odpowiedzialności podlegać).

Nowe rodzaje uprawnień (także warunkowe PWZ mające służyć zapewnieniu kadr medycznych w okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii) mogą być przyznawane przez Ministra Zdrowia na okres do pięciu lat (zależy to tylko od decyzji MZ) bez względu na to, czy stan epidemii albo zagrożenia epidemicznego nadal będzie w tym okresie obowiązywał.

Nowe PWZ mają co do zasady uprawniać jedynie do pracy we wskazanym

podmiocie leczniczym (w przypadku warunkowego PWZ tylko w podmiocie przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19). Jednakże Minister Zdrowia będzie mógł w drodze niemalże całkowicie uznaniowej decyzji wyrażać na wniosek lekarza zgodę na wykonywanie zawodu także w innych podmiotach leczniczych.

PODSUMOWANIE

Wskazane powyżej wątpliwości, związane zarówno z przebiegiem prac nad tymi regulacjami oraz z ich merytoryczną zasadnością, pozwalają bardzo sceptycznie odnosić się do wprowadzonych zmian i zastanawiać się nad tym, czy faktycznie mogą poprawić sytuację kadrową w ochronie zdrowia, a przede wszystkim poprawić jakość opieki zdrowotnej w Polsce.

Wydaje się, że w odniesieniu do zachęcania odpowiednio wykwalifikowanych lekarzy spoza UE do pracy w Polsce, dobrym kierunkiem były niedawne

zmiany dotyczące wprowadzenia egzaminu LEW/LDEW⁸ (jednolita, ogólnokrajowa, przejrzysta procedura wiążąca się z niższymi kosztami niż nostryfikacja dyplomu) oraz przyjęcie zasady, że cudzoziemcy odbywają staż podyplomowy na takich warunkach jak obywatele polscy (w tych samych podmiotach i na takich samych warunkach finansowych).

Warte rozważenia byłoby – wzorem innych państw europejskich (np. Szwecji) – także podjęcie działań przez władze państwowe lub samorządowe mających na celu udzielanie lekarzom cudzoziemcom zamierzającym pracować w Polsce pomocy

w nauce jęz. polskiego, przygotowaniu się do egzaminu LEK/LDEK, odbyciu stażu podyplomowego oraz szkoleń dotyczących zasad wykonywania zawodu w Polsce, prawa medycznego, zasad etyki zawodowej.

Temat ten na pewno będzie przedmiotem dalszej dyskusji i analiz, a być może także orzeczeń sądowych, zwłaszcza w oparciu o konkretne decyzje wydawane przez Ministra Zdrowia, decyzje podejmowane przez rady lekarskie w przedmiocie przyznawania PWZ, jak również na podstawie doświadczeń lekarzy korzystających z tych uprawnień i zatrudniających ich podmiotów leczniczych. ■

¹ Różnica ma polegać na tym, że lekarze bez specjalizacji mają wykonywać zawód pod nadzorem lekarza specjalisty, a lekarze posiadający specjalizację – samodzielnie.

² Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz. U. z 2016 r. poz. 283).

³ Motyw 10 oraz art. 2 ust. 2 w zw. z art. 24, 25, 34 i 35 dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

⁴ Zezwolenie na czasowe wykonywanie zawodu lekarza (Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs).

⁵ § 10 Federalnej ustawy o zawodzie lekarza (Bundesärzteordnung) oraz § 34 rozporządzenia w sprawie prawa wykonywania zawodu lekarza (Approbationsordnung für Ärzte).

⁶ Uzasadnienie projektu z dnia 27 stycznia 2021 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

⁷ Pisma MZ do prezesa ORL w Warszawie z dnia 28 stycznia (RKLU.861.6.2021.GR) oraz 8 lutego br. (RKLU.8600.113.2021.GR).

⁸ Lekarski Egzamin Weryfikacyjny i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Weryfikacyjny po raz pierwszy mają być zorganizowane w maju/czerwcu 2021 r.

W PIGUŁCE

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

O dodatku covidowym raz jeszcze

Dodatek covidowy nadal dominuje w Państwa pytaniach. Stąd jeszcze kilka praktycznych wyjaśnień.

Polecenie Ministra Zdrowia określa trzy grupy osób wykonujących zawody medyczne, którym dodatek ma być wypłacany, w zależności od miejsca pracy: szpitale II i III poziomu zabezpieczenia, izby przyjęć i SOR-y, a także laboratoria w szpitalach I poziomu, z którymi NFZ zawarł umowę o wykonywanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem SARS-CoV-2 warunkuje wprost wypłatę dodatku tylko w przypadku

oddziałów szpitalnych II i III poziomu. Na SOR-ach i w izbach przyjęć nie ma takiej przesłanki do przyznania dodatku covidowego. Stąd udzielanie konsultacji specjalistycznych w izbach przyjęć, szczególnie gdy odbywa się to regularnie, powinno wiązać się z wypłatą dodatku, nawet jeśli macierzysty oddział nie jest oddziałem covidowym.

Dodatek covidowy powinien być wypłacany również lekarzom na stażu podyplomowym i nie istnieją jakiegokolwiek okoliczności pozwalające na pozbawienie ich tego świadczenia.

Zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy nie może prowadzić do obniżenia kwoty przyznanego

dodatku. Wynosi on 100 proc. wynagrodzenia miesięcznego (nie więcej niż 15 tys. zł). Zatrudnienia na niepełny etat nie można traktować na równi ze świadczeniem pracy przez niepełny miesiąc. Prowadziłoby to do absurdalnych sytuacji, w których lekarz dyżurujący przez 100 godzin w miesiącu na kontrakcie otrzyma pełną kwotę dodatku, a pracujący na ćwierć etatu również 100 godzin miesięcznie – dodatek stanowiący ćwierć jego miesięcznego wynagrodzenia.

Dodatek covidowy, tak jak pozostałe części wynagrodzenia, jest pomniejszany o składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i zaliczkę na podatek dochodowy. ■

Zbliża się termin wymiany kas fiskalnych

1 lipca 2021 r. to kolejna graniczna data dla prowadzących praktyki lekarskie. Tego dnia z gabinetów lekarzy i lekarzy dentystów muszą zniknąć kasy rejestrujące z elektronicznym lub papierowym zapisem kopii, czyli te dotychczas używane.

Zastąpić je muszą kasy, które zapewnią prawidłowe zaewidencjonowanie, przechowywanie i bezpieczne przesyłanie danych z kasy rejestrującej na zewnętrzne nośniki danych oraz umożliwią połączenie i przesyłanie danych między kasą rejestrującą a Centralnym Repozytorium Kas teleinformatycznego Centralnego Repozytorium Kas prowadzonego przez Szefa Krajowej Administracji Skarbowej – kasy online. Termin ich wprowadzenia został przedłużony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 10 czerwca 2020 r. i raczej po raz kolejny nie zostanie zmieniony. Ze względu na to, że zmiana taka dotknie najliczniejszą

w historii grupę podatników (fryzjerzy, kosmetyczki, prawnicy, budowlańcy, kluby fitness), warto nie czekać z wymianą do czerwca.

Kasy online łączą się z serwerami Krajowej Administracji Skarbowej w sposób bezpośredni, ciągły, automatycznie według zadanego harmonogramu (domyślnie co dwie godziny) lub na żądanie. Oznacza to, że teoretycznie możliwe jest kontrolowanie na bieżącego tego, czy podatek wywiązuje się z obowiązku rejestrowania transakcji przy pomocy kasy. Polecany sposób łączności to dedykowane karty SIM (abonament ok. 100 zł rocznie). W sytuacji, gdy w miejscu prowadzenia gabinetu nie ma zasięgu sieci komórkowej, należy uzyskać zgodę naczelnika właściwego urzędu skarbowego na połączenie w ustalonych odstępach czasowych. Warunkiem otrzymania ulgi na zakup kasy (700 zł) jest stałe

połączenie kasy z centralnym repozytorium przez trzy lata od rozpoczęcia ewidencjonowania sprzedaży. Fiskalizacja kasy odbywa się online, bez konieczności wizyty w urzędzie skarbowym.

W przyszłości, przy braku połączenia z serwerami administracji skarbowej, nastąpić ma blokada kasy. Kasy online, tak jak dotychczasowe, muszą być serwisowane co dwa lata. Serwisant musi być wpisany na listę publikowaną w BIP Ministra Finansów. Niewykonanie serwisu w terminie jest raportowane automatycznie przez kasę, co skutkować może wielokrotnym nałożeniem 300 zł grzywny. „Starą” kasę trzeba formalnie zlikwidować. Musi to zrobić serwis opiekujący się kasą poprzez odczyt pamięci fiskalnej, z czego sporządzany jest protokół, który w ciągu pięciu dni musi trafić do urzędu skarbowego. ■

SZKOLENIA

O prawach i obowiązkach biegłych sądowych

Lekarze mogą opiniować dla potrzeb pionu odpowiedzialności zawodowej izb lekarskich oraz oczywiście dla potrzeb różnych stowarzyszeń, gdzie istnieje taka potrzeba, a także dla sądów oraz organów prowadzących postępowania przygotowawcze.

dr n. med. **Ryszard Szozda** kierownik Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa NIL

Nie jest dla nikogo tajemnicą, że lekarzy biegłych jest coraz mniej. Ubywa ich zarówno z tzw. przyczyn naturalnych, jak i dlatego, że nawet długoletni, bardzo doświadczeni biegli zaprzestają takiej działalności z wielu powodów (nie są one jednak tematem niniejszego artykułu).

Od 2010 r. w okręgowych izbach lekarskich zawiązują się zespoły dedykowane pracy biegłych sądowych i służące pomocą wymiarowi sprawiedliwości. Pierwszym z nich był Zespół ds. orzekania i opiniowania sądowo-lekarskiego powołany przez Śląską Izbę Lekarską, który zorganizował już sześć cykli szkoleń dla kandydatów na biegłych oraz dla biegłych. Potem powstały kolejne, m.in. w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku i w kilku innych OIL.

STYCZNIOWE WEBINARIUM

W 2019 r. powstał Ośrodek ds. opiniowania sądowo-lekarskiego i orzecznictwa Naczelnej Izby Lekarskiej, mając na uwadze konieczność rekomendowania lekarzom podejmowania obowiązków biegłych sądowych. Ośrodek ten, przy współpracy z działem szkoleń Śląskiej Izby Lekarskiej, zorganizował w styczniu br. szkolenie online dla kandydatów na biegłych sądowych oraz dla biegłych sądowych. Możliwość uczestniczenia w nim stworzono nie tylko lekarzom i lekarzom denty stom z terenu całego

kraju, ale także innym zawodom medycznym (np. psychologom) i pracownikom wymiaru sprawiedliwości.

Szkolenie obejmowało 22 godziny wykładowe. Wzięło w nim udział 87 osób, w tym 70 lekarzy (wśród nich ośmiu bez specjalizacji i jeden stażysta), 14 lekarzy denty stom, jeden psycholog i dwóch prokuratorów.

RÓŻNORODNA TEMATYKA

Program szkolenia obejmował tematy istotne dla kandydatów na biegłych oraz dla biegłych, którzy chcą uaktualnić i pogłębić swoją wiedzę. Organizatorom zależało m.in. na tym, aby zasób wiedzy biegłych był ujednolicony, a także uspołnione zostały ich zachowania w kontakcie z wymiarem sprawiedliwości i kwestie związane ze sporządzaniem opinii. Omawiano także prawa i obowiązki biegłych.

O roli biegłego w sprawach z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych oraz o opiniach wystawianych dla potrzeb wydziałów pracy oraz wydziałów pracy i ubezpieczeń społecznych mówiła sędzia Sądu Apelacyjnego w Katowicach w stanie spoczynku Jolanta Pietrzak. Mnie przypadł w udziale wykład na temat psychologii biegłego.

W kolejnym dniu szkolenia jego uczestnicy zgłębiali wiedzę z obszaru praw i obowiązków biegłych w postępowaniu sądowym i przygotowawczym oraz roli biegłego w sprawach karnych. Temat ten przybliżył sędzia Sądu Apelacyjnego w Katowicach Gwidon Jaworski, omawiając szczegóły dotyczące

sporządzania opinii dla potrzeb wydziałów karnych. Z kolei mecenas Marcin Nowak wyjaśniał, czego od opinii lekarskiej oczekuje adwokat.

Poruszano także temat wynagrodzenia biegłych i kosztów sądowych podczas prelekcji Aldony Kawalec, specjalistki w dziedzinie księgowości. Ja miałem możliwość opowiedzieć o karcie pracy biegłego jako integralnej części rachunku. Sędzia Sądu Rejonowego w Bytomiu, Anna Kulis, przybliżyła aspekty opiniowania dla potrzeb wydziałów rodzinnych.

Ostatni, czwarty dzień szkolenia, był równie bogaty tematycznie. Tadeusz Urban, prezes Śląskiej Izby Lekarskiej oraz członek Rady Ośrodka ds. opiniowania sądowo-lekarskiego i orzecznictwa NIL, mówił o pracy biegłych w sprawach o błąd medyczny oraz o opiniach sporządzanych dla pionu odpowiedzialności zawodowej. Prokurator Prokuratury Regionalnej w Katowicach Mariusz Gózd przybliżył uczestnikom kursu to, jak istotna jest rola biegłego w postępowaniu przygotowawczym oraz jak ważna jest ich opinia w postępowaniu przygotowawczym. O pracy biegłych w sprawach cywilnych oraz opiniowaniu dla potrzeb tych wydziałów mówiła sędzia Sądu Rejonowego w Bytomiu Aleksandra Mucha.

W najbliższym czasie planowane jest kolejne szkolenie dla kandydatów na biegłych sądowych oraz dla biegłych sądowych. Już teraz serdecznie na nie zapraszam. To cenna wiedza w zasięgu każdego lekarza i lekarza denty sty. ■

Estetyczna – czyli Medycyna dla Medyków



Andrzej Cisko
wiceprezes NRL

**Najważniejsze tematy stomatologiczne
albo czekają na domknięcie w postaci
decyzji, albo na otrzeźwienie decydentów.**

Warto odnotować, że w październiku ub.r. Komisja Stomatologiczna NRL złożyła Narodowemu Funduszowi Zdrowia propozycję korekty tabeli w zakresie procedur chirurgicznych i periodontologicznych. W toku niedawnych, ostatnich ustaleń zapanowała zgoda, że korekta dotyczyć będzie wszystkich zakresów tych procedur, w których zostały one zakontraktowane. Mam nadzieję, że w momencie wysyłki tego numeru „GL” do Państwa rąk, znany jest już termin wydania zarządzenia Prezesa NFZ w tej sprawie.

Dlatego dziś chcę poruszyć temat, który część uważa za zagadnienie „z pogranicza” i mam nadzieję, że jasno wyłożę, z jakich powodów jest to pogląd błędny. Medycyna estetyczna – z pozoru, wobec zagrożeń pandemicznych, temat do odłożenia „na lepsze czasy”. Ale pamiętajmy: niepewna, pełna zawirowań sytuacja, kiedy urzędy zawalone są „sprawami niecierpiącym zwłoki”, to wymarzona chwila na cichą, czasem niezauważalną ekspansję wszędzie tam, gdzie może ona być dokonana bez urzędowego edyktu. I takie zjawisko właśnie obserwujemy.

W reakcji na ten stan rzeczy, NRL 29 stycznia podjęła uchwałę proponującą nowe brzmienie definicji świadczenia zdrowotnego – tak, aby mieściło w sobie zabiegi medycyny estetycznej (ME). NRL zaproponowała również definicję samej ME. Nie odkryliśmy tym bynajmniej Ameryki. O tym, że zgodnie ze swym źródłosłowem jest to medycyna i winna być praktykowana przez lekarzy – polskie i międzynarodowe towarzystwa naukowe mówią od dawna. Do zintensyfikowania prac w tej kadencji skłoniły nas dwa czynniki: ilościowy (nasilające się sygnały o wzroście liczby powikłań) oraz jakościowy, czyli coraz większy poziom inwazyjności zabiegów, w które wkracza branża beauty. Liderem tego tematu do grudnia ub.r. był wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz, który włożył w to wiele serca i któremu w tej pracy starałem się dzielnie sekundować.

To nieprawda, że w obecnym stanie prawnym zabiegi ME nie wymagają specjalnych kwalifikacji. Niedoskonałość ustawowej definicji świadczenia zdrowotnego (o którego korektę wystąpiła NRL) uzupełnia przecież szereg przepisów dotyczących uprawnień do poszczególnych czynności, stosowania leków czy wyrobów medycznych, a także rozporządzenia ustanawiające np. podstawę programową profesji kosmetologa, która – co ważne – nie jest zawodem medycznym.

Taki stan prawny jednak skłania sądy do dzielenia rozpatrywanych przypadków na tylko dwie kategorie zabiegów: terapeutycznych i nieterapeutycznych, definiowanych w zależności od tego, czy zdaniem sądu zabiegowi poddał się klient (człowiek zdrowy), czy pacjent (człowiek chory). Tymczasem jest to zasada, która ekstrapolowana doprowadzi do absurdu sytuacji, że u człowieka, którego uznamy za „niewykazującego choroby”, osoba o dowolnym rodzaju i poziomie wykształcenia (skoro uprawnienie przypisują sobie osoby niewykonyjące zawodu medycznego, doprawdy trudno postawić granice) będzie mogła przeprowadzić procedurę o dowolnym w gruncie rzeczy poziomie inwazyjności. I to się dzieje. Zabiegi polegające na podawaniu w powłoki skórne np. preparatów krwi uprzednio pobranej od pacjenta, i to z wiedzą o krótko- i długofalowej reakcji okolicznych tkanek uzyskaną w trakcie jednego czy dwóch kursów (i bez uprawnień do pobierania krwi) stają się niebezpiecznym uzusem.

Tylko wyobraźnia ogranicza osoby wykonujące te procedury przed ekspansją z twarzy i szyi na każdą dowolną okolicę ciała, nie wyłączając ginekologii i stomatologii – byleby tylko powodowi ingerencji nie dało się przypisać **znamion choroby**. Absurd, który godzi w samą istotę medycyny oraz sens zarówno przepisów o prawach pacjenta, jak i o profilaktyce zakażeń. Upomnienie się o zatrzymanie tego procesu jest nie tyle prawem, ile obowiązkiem NRL. Całość śledźcie na podstronie internetowej <https://stom.hipokrates.org/link/7>. ■

**UCHWAŁA Nr 1/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 29 stycznia 2021 r.
w sprawie zmiany uchwały w sprawie
szczegółowego trybu postępowania
w sprawach przyznawania prawa
wykonywania zawodu lekarza i lekarza
dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy
i lekarzy dentystów**

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, 567, 1291 i 1493, 2112, 2401 i 2345) i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6, 7 i 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965 i 2020 r. poz. 1291, 2112 i 2401) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. W uchwale Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, zmienionej uchwałą Nr 7/18/VIII z dnia 31 sierpnia 2018 r., Nr 23/19/VIII z dnia 31 maja 2019 r., Nr 34/19/VIII z dnia 18 października 2019 r. i Nr 22/20/VIII z dnia 11 grudnia 2020 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Uchwała określa także tryb postępowania w sprawach, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 3-7 i ust. 2 i § 28;”

2) § 2 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Do prowadzenia postępowań określonych w uchwale, za wyjątkiem postępowania, o którym mowa w § 28 w pierwszej instancji właściwa jest okręgowa rada lekarska okręgowej izby lekarskiej, której lekarz zamierza być lub jest członkiem, zaś w drugiej instancji — Naczelna Rada Lekarska.”;

3) w § 3

a) po pkt 11 dodaje się pkt 11a w brzmieniu:

„11a) lekarz, który uzyskał kwalifikacje poza UE – lekarz, lekarz dentysta, który posiada dyplom lekarza lub lekarza dentysty, o którym mowa w art. 7 ust. 2a pkt 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej;”;

b) po pkt 18 dodaje pkt 18a i 18b w brzmieniu:

„18a) prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych – prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty przyznane na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce

zatrudnienia w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 7 ust. 2e ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,”;

18b) warunkowe prawo wykonywania zawodu – warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza albo warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, o którym mowa w art. 7 ust. 13 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;”;

4) w § 4 w ust. 1 po pkt 2 dodaje się pkt 2a i 2b w brzmieniu:

„2a) przyznania prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych lekarzowi, który uzyskał kwalifikacje poza UE;”;

2b) przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarzowi, który uzyskał kwalifikacje poza UE;”;

5) w § 5

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Wraz z wnioskiem o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarzowi, który uzyskał kwalifikacje poza UE, na określony zakres czynności zawodowych lekarz przedstawia właściwej okręgowej radzie, na terenie której zamierza wykonywać zawód dokumenty potwierdzające spełnienie warunków określonych w art. 7 ust. 2a z uwzględnieniem wykazu ogłoszonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 7 ust. 2aa ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w tym dokumenty określające przebieg i czas trwania studiów oraz szkolenia specjalizacyjnego;”;

b) po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

3. Wraz z wnioskiem o przyznanie warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarzowi, który uzyskał kwalifikacje poza UE, lekarz przedstawia właściwej okręgowej radzie, na terenie której zamierza wykonywać zawód, dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań określonych w art. 7 ust. 2a pkt 3-5 i 7 z uwzględnieniem wykazu ogłoszonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 7 ust. 2aa ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w tym dokumenty określające przebieg i czas trwania studiów oraz odnoszące się do znajomości języka polskiego.”;

6) w § 8 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Okręgowa rada lekarska, podejmując uchwałę w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego, przystąpienia do testu umiejętności albo odbycia kształcenia podyplomowego, uzyskania stopnia naukowego, uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych,

albo na określony zakres czynności zawodowych albo warunkowego prawa wykonywania zawodu równocześnie wpisuje lekarza na listę członków okręgowej izby i do okręgowego rejestru.”;

7) w § 10 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Uchwała okręgowej rady lekarskiej lub Naczelnej Rady Lekarskiej o przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności albo odbycia kształcenia podyplomowego, uzyskania stopnia naukowego, uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych albo na określony zakres czynności zawodowych albo warunkowego prawa wykonywania zawodu jest podstawą do wydania przez okręgową radę lekarską dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” z odpowiednim wpisem.”;

8) w § 14:

a) w ust. 1 po pkt 3 dodaje się pkt. 4 w brzmieniu:

„4) śmierci lekarza.”;

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarz traci prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności albo odbycia kształcenia podyplomowego, uzyskania stopnia naukowego, uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych albo na określony zakres czynności zawodowych albo warunkowe prawo wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej w razie zaistnienia jednej z poniżej wymienionych przyczyn:

1) zaistnienie okoliczności, o których mowa w ust. 1;

2) odbycie stażu podyplomowego;

3) odbycie części stażu podyplomowego – w związku z uznaniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z odrębnymi przepisami, jedynie części stażu odbytego za granicą;

4) odbycie stażu adaptacyjnego albo złożenie testu umiejętności;

5) odbycie kształcenia podyplomowego lub uzyskanie stopnia naukowego lub zakończenie uczestnictwa w pracach naukowych lub rozwojowych;

6) nieukończenie stażu podyplomowego w sytuacji, o której mowa w art. 15a ust 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

7) uzyskanie przez okręgową radę informacji o rozwiązaniu umowy o pracę z lekarzem przed podmiot, któremu przyznano prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce w podmiocie wykonującym działalność leczniczą;

8) wydanie przez ministra zdrowia decyzji o cofnięciu zgody, o której mowa w art. 7 ust. 2b albo 9 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na wykonywanie zawodu lekarza w przypadku lekarza dentysty, któremu przyznane prawa wykonywania zawodu poprzedzone były wyrażeniem takiej zgody przez ministra zdrowia;

9) upływ 5 lat od dnia wydania warunkowego prawa wykonywania zawodu.”;

9) w § 17:

a) w ust. 7 wyraz „zakończenia” zastępuje się wyrazem „podjęcia.”;

b) po ust. 7 dodaje się ust. 8 i 9 w brzmieniu:

„8. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarz, o którym mowa w ust. 3, jest zwolniony z odbycia przeszkolenia, pod warunkiem, że przez pierwsze trzy miesiące wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych pod nadzorem odpowiednio lekarza albo lekarza dentysty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty.

9. W przypadku zamiaru podjęcia wykonywania zawodu w warunkach, o których mowa w ust. 8, lekarz zwolniony z odbycia przeszkolenia zobowiązany jest zawiadomić okręgową radę lekarską o tym zamiarze ze wskazaniem daty podjęcia wykonywania zawodu oraz imienia, nazwiska, nr. pwz oraz specjalizacji lub tytułu specjalisty osoby, pod nadzorem której lekarz ma wykonywać zawód przez pierwsze trzy miesiące. Zawiadomienie następuje poprzez złożenie oświadczenia, którego wzór stanowi załącznik nr 20a do Regulaminu.”;

10) w § 19 w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) wpisanych na listę członków okręgowej izby na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza przyznanego do dnia 31 grudnia 2016 r., przyznania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności albo odbycia kształcenia podyplomowego, uzyskania stopnia naukowego, uczestnictwa w badaniach naukowych i pracach rozwojowych przez lekarza cudzoziemca albo przyznania na określony zakres czynności zawodowych albo przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu, zgodnie z obowiązującymi przepisami;”;

11) w § 28:

a) w ust. 1 wyrazy „Okręgowa Rada Lekarska” zastępuje się wyrazami „Naczelna Rada Lekarska”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Okręgowa rada lekarska prowadzi archiwum rejestru lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód na obszarze jej działania, dotychczas prowadzonego przez nią do dnia 8 sierpnia 2020 r.”;

c) po ust. 3 dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu:

„4. Od lekarza, o którym mowa w ust. 1, tymczasowo i okazjonalnie wykonującego zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej Naczelna Rada Lekarska, na podstawie art. 9a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wymaga przekazywania pacjentom następujących informacji:

1) nazwy i adresu właściwego organu, który przyznał lekarzowi prawo do wykonywania zawodu lekarza w państwie członkowskim UE, z którego lekarz przybywa;

2) oryginalnego tytułu zawodowego przysługującego lekarzowi w państwie członkowskim UE, z którego lekarz przybywa;

3) szczegółów dotyczących posiadanej przez lekarza ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

5. Realizacja obowiązku, o którym mowa w ust. 4, następuje poprzez przekazanie w formie pisemnej informacji, o których mowa w ust. 4, co lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej.”.

2. W Regulaminie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzenia okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów i Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącym załącznik nr 1 do uchwały:

1) w § 1

a) po pkt 5 dodaje się pkt 5a i 5b w brzmieniu:

„5a) przyznawania lekarzowi lub lekarzowi dentyście prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym, wpisywania go na listę członków okręgowej izby lekarskiej oraz dokonywania wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów; 5b) przyznawania lekarzowi lub lekarzowi dentyście warunkowego prawa wykonywania zawodu, wpisywania go na listę członków okręgowej izby lekarskiej oraz dokonywania wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów;”;

b) po pkt 20 dodaje się pkt 21 w brzmieniu:

„21) unieważniania dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”, w przypadkach o których mowa w art. 7c ust. 1, 2 i 2a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”;

2) w § 2 po pkt 26 dodaje się pkt 26a i 26b w brzmieniu:

„26a) „prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych” - prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty przyznane na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 7 ust. 2e ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

26b) „warunkowe prawo wykonywania zawodu” - warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza albo warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, o którym mowa w art. 7 ust. 13 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;”;

3) w § 8 ust. 2

a) po ppkt g dodaje się ppkt ga i gb w brzmieniu:

„ga) 17 - oznaczający lekarza, który uzyskał kwalifikację poza UE, posiadającego prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, gb) 18 - oznaczający lekarza, który uzyskał kwalifikację poza UE, posiadającego warunkowe prawo wykonywania zawodu.”;

b) po ppkt o dodaje się ppkt oa i ob w brzmieniu:

„oa) 27 - oznaczający lekarza dentystę, który uzyskał kwalifikację poza UE, posiadającego prawo

wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych,

ob) 28 - oznaczający lekarza dentystę, który uzyskał kwalifikację poza UE, posiadającego warunkowe prawo wykonywania zawodu.”;

4) w § 11:

a) w ust. 1 po pkt 3 dodaje się pkt 3a i 3b w brzmieniu: „3a) dotyczących uchwały okręgowej rady o przyznaniu prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, obejmujących dane, o których mowa w pkt 1;

3b) dotyczących uchwały okręgowej rady o przyznaniu warunkowego prawa wykonywania zawodu, obejmujących dane, o których mowa w pkt 1;”;

b) w ust. 3 w pkt 2 po ppkt l dodaje się ppkt la i lb w brzmieniu:

„la) zakresu czynności zawodowych oraz okresu i miejsca zatrudnienia, na jakie zostało przyznane prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych,

lb) warunkowego wykonywania zawodu ze wskazaniem czy lekarz wykonuje zawód samodzielnie, czy pod nadzorem lekarza lub lekarza dentysty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty.”;

5) w § 14 w ust. 2 po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) uchwałę okręgowej rady lekarskiej będącą załącznikiem do karty stażu podyplomowego, w sprawie uznania okresu, w którym lekarz stażysta nie realizował programu stażu podyplomowego, za równoważny z zrealizowaniem tego programu, w przypadku o którym mowa w art. 15o ust. 1-3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;”;

6) w § 24:

a) w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) upływu czasu, na jaki zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności albo prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych albo warunkowe prawo wykonywania zawodu;”;

b) w ust. 1 po pkt 7 dodaje się pkt 8 w brzmieniu: „8) otrzymania decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia, o której mowa w art. 7 ust. 22 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, o cofnięciu zgody na wykonywanie zawodu lekarza, lekarza dentysty wydanej na podstawie art. 7 ust. 2b albo 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;”;

c) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku lekarza – członka izby, posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, albo odbycia stażu adaptacyjnego lub przystąpienia do testu umiejętności, albo prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych albo warunkowe prawo wykonywania zawodu, komisja, po otrzymaniu odpowiedniej informacji lub orzeczenia, o których mowa w ust. 1, przekazuje całość dokumentacji wraz ze swoim stanowiskiem prezesowi okręgowej rady, który wydaje odpowiednie zarządzenie o skreśleniu lekarza z listy członków izby i z okręgowego rejestru.”;

d) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Postępowanie, o którym mowa w ust. 2, przeprowadza się również w przypadku otrzymania powiadomienia o rozwiązaniu z lekarzem umowy o pracę przez podmiot leczniczy, w sytuacji o której

mowa w art. 7 ust. 2h ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Lekarz skreślony z listy członków po przeprowadzeniu tego postępowania nie jest uprawniony do złożenia wniosku o ponowne przyznanie prawa wykonywania zawodu.”;

7) po rozdziale 3 dodaje się rozdział 3a o tytule: „Przepisy szczególne w postępowaniu w stosunku do lekarza, który uzyskał kwalifikacje poza UE”;

8) po § 28 dodaje się § 28a i 28b w brzmieniu: „28a.1. Postępowanie dotyczy lekarza, który uzyskał kwalifikacje poza UE i zamierza wykonywać zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych.

2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, w celu przyznania mu prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, wpisania na listę członków okręgowej izby i wpisu do okręgowego rejestru składa właściwej terytorialnie izbie „Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, wpisania na listę członków izby i wpisania do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentysty okręgowej izby lekarskiej” oznaczony symbolem W-2E wraz z właściwymi dokumentami.

3. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 12A do Regulaminu.

4. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, lekarz dołącza następujące dokumenty:

1) decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o wyrażeniu zgody na wykonywanie zawodu przez lekarza, określającą zakres czynności zawodowych, oraz okres i miejsce zatrudnienia we wskazanym podmiocie leczniczym;

2) dyplom lub jego duplikat spełniający warunki określone w art. 7 ust. 2a pkt 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

3) dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty spełniający warunki określone w art. 7 ust. 2a pkt 8 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

4) orzeczenie o stanie zdrowia, o którym mowa w art. 6 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

5) dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydany przez uprawniony organ w państwie, w którym lekarz wykonywał bądź wykonywał zawód;

6) zaświadczenie od podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 7 ust. 2a pkt 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

7) dokument potwierdzający wykonywanie zawodu jako lekarz specjalista w danej dziedzinie medycyny przez okres co najmniej 3 lat w okresie 5 lat bezpośrednio poprzedzających uzyskanie zaświadczenia, o którym mowa w pkt 5;

8) oświadczenie o znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie umożliwiającym wykonywanie zawodu lekarza, o którym mowa w art. 7 ust. 2a pkt 1 w rozumieniu art. 5 ust. 2 ustawy składane na „Wniosku”;

9) dokumenty określające przebieg i czas trwania studiów oraz odbytego szkolenia specjalizacyjnego. 5. Przepisy § 12 ust. 6, 7 stosuje się odpowiednio.

6. Uchwała okręgowej rady o przyznaniu prawa wykonywania zawodu powinna określać szczegółowy zakres czynności zawodowych, okres i miejsce

zatrudnienia we wskazanym w decyzji ministra podmiocie leczniczym.

7. Podjęcie uchwały przez okręgową radę jest podstawą do dokonania wpisu urzędowego we „Wniosku” oraz w okręgowym rejestrze oraz ograniczeń określonych uchwałą, a także wydania dokumentu „Prawo wykonywania zawodu” wraz z odpowiednim wpisem urzędowym.

8. W przypadku podjęcia przez okręgową radę lekarską uchwały o odmowie przyznania prawa wykonywania zawodu lekarzowi, o którym mowa w ust. 1, o tym fakcie niezwłocznie informuje się ministra zdrowia, wskazując przyczyny takiego rozstrzygnięcia.

§ 28b.1. Postępowanie dotyczy lekarza, który uzyskał kwalifikacje poza UE i zamierza wykonywać zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie warunkowego prawa wykonywania zawodu.

2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, w celu przyznania mu warunkowego prawa wykonywania zawodu, wpisania na listę członków okręgowej izby i wpisu do okręgowego rejestru składa właściwej terytorialnie izbie „Wniosek o przyznanie warunkowego prawa wykonywania zawodu, wpisania na listę członków izby i wpisania do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentysty okręgowej izby lekarskiej” oznaczony symbolem W-2F wraz z właściwymi dokumentami.

3. Wzór wniosku stanowi załącznik 12B do Regulaminu.

4. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, lekarz dołącza następujące dokumenty:

1) decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o wyrażeniu zgody na wykonywanie zawodu lekarza albo zgody na wykonywanie zawodu lekarza dentysty;

2) dyplom lub jego duplikat;

3) dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty spełniający warunki określone w art. 7 ust. 2a pkt 8 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeśli taki tytuł posiada;

4) orzeczenie o stanie zdrowia, o którym mowa w art. 6 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

5) dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydany przez uprawniony organ w państwie, w którym lekarz wykonywał bądź wykonywał zawód;

6) oświadczenie wskazujące podmiot leczniczy przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19, w którym lekarz zamierza wykonywać zawód;

7) dokumenty odnoszące się do znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie umożliwiającym wykonywanie zawodu lekarza;

8) dokumenty określające przebieg i czas trwania studiów oraz odbytego szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli takie szkolenie odbył.

5. Przepisy § 12 ust. 6, 7 stosuje się odpowiednio.

7. Uchwała okręgowej rady o przyznaniu warunkowego prawa wykonywania zawodu powinna określać, czy lekarz albo lekarz dentysta wykonuje zawód samodzielnie, czy pod nadzorem odpowiednio lekarza albo lekarza dentysty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty.

8. Podjęcie uchwały o przyznaniu warunkowego prawa wykonywania zawodu przez okręgową radę

jest podstawą do dokonania wpisu urzędowego we „Wniosku” oraz w okręgowym rejestrze oraz ograniczeń określonych uchwałą a także wydania dokumentu „Prawo wykonywania zawodu” wraz z odpowiednią adnotacją.

9. W przypadku podjęcia przez okręgową radę lekarską uchwały o odmowie przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 1, o tym fakcie niezwłocznie informuje się ministra zdrowia, wskazując przyczyny takiego rozstrzygnięcia.”;

9) § 29 otrzymuje brzmienie:

„§ 29.1. Lekarz będący obywatelem państwa członkowskiego UE, który zamierza tymczasowo i okazjonalnie wykonywać zawód lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, jest obowiązany przed rozpoczęciem po raz pierwszy wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej złożyć w Naczelnej Izbie Lekarskiej oświadczenie i dokumenty, o których mowa w art. 9 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, oraz oświadczenie, o którym mowa w art. 9 ust. 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

2. Wzór oświadczenia, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik Nr 27 do regulaminu.

3. Naczelna Rada Lekarska wydaje lekarzowi, który dopełnił obowiązku złożenia dokumentów, o których mowa w ust. 1, zaświadczenie o spełnieniu przez niego obowiązku określonego w art. 9 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wraz z informacją o wymogach określonych w § 28 ust. 4 uchwały. Zaświadczenie oznacza się numerem wpisu do rejestru lekarzy z UE.

4. Wzór zaświadczenia, o którym mowa w ust. 3, stanowi załącznik Nr 28 do regulaminu.

5. Numer rejestru lekarzy z UE stanowi ciąg znaków o budowie kolejno:

1) czterocyfrowe oznaczenie roku kalendarzowego, w którym wprowadza się wpis;

2) myślnik;

3) trzycyfrowy numer oznaczający kolejność wpisu do rejestru w danym roku kalendarzowym od 001 do 999;

4) jednocyfrowe oznaczenie zawodu:

a) 1 — lekarz,

b) 2 — lekarz dentysta;

6. Lekarz będący obywatelem państwa członkowskiego UE jest zobowiązany ponownie przedstawić Naczelnej Radzie Lekarskiej dokumenty, o których mowa w art. 9 ust. 2 pkt 2–4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w przypadku istotnej zmiany informacji zawartych w tych dokumentach oraz ponownie złożyć oświadczenie, o którym mowa w art. 9 ust. 2 pkt 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w każdym kolejnym roku, w którym zamierza wykonywać w sposób tymczasowy i okazjonalny zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.”;

10) po § 32 dodaje się § 32a w brzmieniu:

„§ 32a. Postępowania, o których mowa w § 30-32, nie przeprowadza się w przypadku, o którym mowa w art. 10 ust. 3a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”;

11) w załączniku nr 5 do Regulaminu dodaje się wzór nr 25 i 26 oraz wzory uchwał wzór 25 i 26 w brzmieniu:

wzór 25: w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty, *lekarzowi

- 1) Medycyna Praktyczna Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa z siedzibą w Krakowie,
- 2) Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej z siedzibą w Warszawie,
- 3) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne z siedzibą w Warszawie.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA 5/21/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 29 stycznia 2021 r. w sprawie przyjęcia projektu zmian w ustawie o działalności leczniczej i projekcie ustawy o wyrobach medycznych

Na podstawie art. 5 pkt. 16 oraz art. 39 ust. 1 pkt 1, 4 i 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965, z późn. zm.), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Lekarska przyjmuje:

- 1) projekt zmiany ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj.: Dz. U. z 2020 r., poz. 295) w zakresie, w jakim definiuje pojęcie świadczenia zdrowotnego, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały
- 2) projekt poprawek do projektu ustawy o wyrobach medycznych, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 2.

Zobowiązuje się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do:

- 1) przedstawienia Ministrowi Zdrowia projektów, o których mowa w § 1 Uchwały wraz z uzasadnianym je Stanowiskiem nr 1/21 NRL,
- 2) kontynuowania działań zmierzających do wydania przez Ministra Zdrowia rozporządzenia w przedmiocie określenia katalogu wymagań lub ograniczeń w odniesieniu do wyrobów, które stwarzają lub mogą stwarzać zagrożenie dla życia, zdrowia lub bezpieczeństwa pacjentów, użytkowników i osób trzecich oraz określenia szczegółowego zakresu tych wymagań lub ograniczeń, jako aktu wykonawczego do ustawy o wyrobach medycznych.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

Załącznik nr 1 do Uchwały 5/21/VIII NRL z dnia 29 stycznia 2021 r.

Przepis art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj.: Dz. U. z 2020 r., poz. 295) powinien przyjąć następujące brzmienie:

„świadczenie zdrowotne - działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające

z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, a także działania służące przywracaniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta, poprzez zmianę jego wyglądu, wiążące się z ingerencją w tkanki ludzkie”.

Uzasadnienie

Intencją obu zaproponowanych w uchwale zmian jest uporządkowanie prawnych aspektów udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej. Jest to młoda, niezwykle prężnie rozwijająca się gałąź medycyny, odpowiadająca na bardzo szerokie zapotrzebowanie związane z jakością życia. Szczegółowo uzasadnia to Stanowisko NRL przywołane w §2 pkt 1 Uchwały.

Istnieją rozbieżności w kwalifikowaniu zabiegów medycyny estetycznej jako świadczenia zdrowotnego. Orzecznictwo sądowe jest pod tym względem niejednolite, a wątpliwości składów orzekających, sugerujące konieczność każdorazowego ustalania, czy dany zabieg z tej dziedziny jest świadczeniem zdrowotnym, zdają się wynikać z tego, iż zakres i natura tych procedur, pomimo że ściśle medyczna, wymyka się definicji świadczenia zdrowotnego, jaka zawarta jest w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy.

Powoduje to rozmycie granicy pomiędzy świadczeniami zdrowotnymi, zastrzeżonymi dla działalności leczniczej, a zabiegami z dziedziny kosmetologii i kosmetyki, które są domeną działalności gospodarczej. Konsekwencją tego są liczne przypadki udzielania de facto świadczeń zdrowotnych przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji (niewykonywanie żadnego z zawodów medycznych), a przez to wchodzenia podmiotów gospodarczych w obszar zastrzeżony dla regulowanej działalności gospodarczej, jaką jest działalność lecznicza.

O wyrażenie medycznym, wręcz lekarskim charakterze zabiegów związanych z ingerencją w tkanki ludzkie świadczą liczne dokumenty, wśród których wymienić należy:

a) Odpowiedź Ministra Zdrowia na interpelację nr 34760 z dnia 29 września 2015 r.

„[...] świadczenia w zakresie medycyny estetycznej, takie jak np. zabiegi polegające na wstrzykiwaniu kwasu hialuronowego, czy inne zabiegi naruszające integralność ludzkiego ciała, powinny być wykonywane przez lekarzy, jako grupę zawodową legitymującą się specjalistyczną wiedzą teoretyczną i praktyczną [...]” <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=0CD8AAD8>

b) W piśmie z dnia 26 lipca 2018 r. kierowanym do Komisji Zdrowia Senatu RP, z upoważnienia Ministra Zdrowia, Podsekretarz Stanu min. Z. Król wskazał: „Zakres potocznie określanej medycyny estetycznej mieści się w działaniu, jakim jest poprawa zdrowia. Zgodnie ze stanowiskiem ekspertów medycyny, które podzielimy, zabiegi związane z ingerencją w tkanki powłok skórnych powinny być wykonywane wyłącznie przez lekarzy, jako przedstawicieli grupy zawodowej legitymującej się specjalistycznym zakresem wiedzy teoretycznej i praktycznej.”

c) Stanowisko PNRL 6/14/P-VII <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/prawo/medycyna-estetyczna/5032-stanowisko-prezydium-nrl>

d) Stanowisko World Medical Association w sprawie zabiegów estetycznych, przyjęte na 65. Światowym Zgromadzeniu Medycznym, Durban, Republika Południowej Afryki, październik 2014 r. <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/prawo/medycyna-estetyczna/5031-stanowisko-wma-ws-zabiegow-estetycznych>

e) Oficjalne stanowisko Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w sprawie wykonywania zabiegów z zakresu medycyny Estetycznej oraz diagnostyki i leczenia chorób dermatologicznych przez osoby nieposiadające wykształcenia lekarskiego

oraz poglądy prezentowane w piśmiennictwie prawniczym i medycznym, jednoznacznie wskazujące na medyczny charakter zabiegów – jak sama nazwa wskazuje – „medycyny estetycznej”, niezależnie od nieostrych sformułowań ustawowych.

Zaznaczenia wymaga też praktyczna strona wykonywania tych zabiegów:

- możliwość wystąpienia powikłań w ich trakcie – konieczność natychmiastowego zastosowania leków – pierwsza pomoc o takim charakterze dostępna jest wyłącznie w ramach działalności leczniczej;
- powikłania występujące w trakcie ich wykonywania są z całą pewnością przywracaniem zdrowia, a więc są świadczeniem zdrowotnym. Winno więc być zagwarantowane, aby każdy podmiot wykonujący dany zabieg był również uprawniony do objęcia opieką powikłań, niezależnie czy będzie tę opiekę sprawował samodzielnie, czy kierował do wyspecjalizowanych jednostek;
- leczenie powikłań obciąża budżet świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wobec powyższego, niezbędne jest takie doprecyzowanie definicji świadczenia zdrowotnego, które wyraźnie rozgraniczy obszar medycyny zajmującej się estetyką od zabiegów kosmetologicznych i kosmetycznych.

Załącznik nr 2 do Uchwały 5/21/VIII NRL z dnia 29 stycznia 2021 r.

Do projektu ustawy o wyrobach medycznych z dnia 30 czerwca 2020 r. (nr z wykazu UC 34) wnosi się następujące poprawki:

1. w art. 61 ust. 3 wyrażenie „Minister właściwy do spraw zdrowia może określić” należy zastąpić wyrażeniem „Minister właściwy do spraw zdrowia określa”;
2. w rozdziale 16 „Administracyjne kary pieniężne” należy dodać przepis:
Art. __ Kto, w ramach prowadzenia działalności gospodarczej lub wykonywania pracy zarobkowej, używa wyrobu medycznego, niezgodnie z wymaganiami, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 63 ust. 1, podlega karze pieniężnej do 1 000 000 zł.

Uzasadnienie

Kluczowym dokumentem implementującym do porządków prawnych państw członkowskich UE nowe rozwiązania dotyczące wyrobów medycznych jest Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG.

Głównym powodem przyjęcia zmian prawnych wydaje się być konieczność zapewnienia bezpieczeństwa stosowania wyrobów medycznych. Wskazują na to zapisy w preambule rozporządzenia, w szczególności motywy 2) i 4): *(2) Niniejsze rozporządzenie ma na celu zapewnienie sprawnego funkcjonowania rynku wewnętrznego w obszarze wyrobów medycznych, przyjmując jako podstawę wysoki poziom ochrony zdrowia z myślą o pacjentach i użytkownikach oraz z uwzględnieniem małych i średnich przedsiębiorstw prowadzących działalność w tym sektorze. Jednocześnie niniejszym rozporządzeniem ustanawia się wysokie normy jakości i bezpieczeństwa dla wyrobów medycznych w odpowiedzi na powszechne obawy dotyczące bezpieczeństwa takich produktów.*

(4) Aby poprawić sytuację w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa, należy znacznie wzmocnić główne elementy dotychczasowego podejścia regulacyjnego, takie jak nadzór nad jednostkami notyfikowanymi, procedury oceny zgodności, badania kliniczne oraz ocena kliniczna, obserwacja i nadzór rynku, jednocześnie należy wprowadzić przepisy zapewniające przejrzystość i identyfikowalność w przypadku wyrobów medycznych.

Wprowadzenie do ustawy o wyrobach medycznych zaproponowanych zmian przepisów jest niezbędne z punktu widzenia zagwarantowania przestrzegania przepisów dotyczących bezpieczeństwa pacjentów. Stanowiskiem 71/20/P-VIII z dnia 10 lipca 2020 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podkreśliło konieczność wprowadzenia w art. 61 ust. 3 projektowanej ustawy o wyrobach medycznych obligatoryjności wydania rozporządzenia w przedmiocie określenia katalogu wymagań lub ograniczeń w odniesieniu do wyrobów, które stwarzają lub mogą stwarzać zagrożenie dla życia, zdrowia lub bezpieczeństwa pacjentów i użytkowników. Ponieważ wydanie takiego rozporządzenia jest bezwzględnie konieczne, tym bardziej na straży jego wykonania powinien stać przepis przewidujący odpowiednie sankcje za jego nieprzebranie.

**STANOWISKO Nr 1/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 29 stycznia 2021 r.
w sprawie przyjęcia definicji medycyny
estetycznej**

Mając na względzie bezpieczeństwo pacjentów oraz ich ochronę przed ewentualnymi następstwami zabiegów medycyny estetycznej,

wykonywanych przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji, a także obowiązek ochrony odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących takie zabiegi, Naczelna Rada Lekarska zauważa potrzebę uregulowania materii wykonywania zabiegów medycyny estetycznej związanych z naruszeniem ciągłości ciała.

Naczelna Rada Lekarska wyraża stanowisko, iż w dobie rosnącej popularności tej dziedziny, zabiegi estetyczne powinni wykonywać wyłącznie praktycy posiadający odpowiednią wiedzę, umiejętności i doświadczenie w wykonywaniu danego zabiegu i postuluje ustalenie wyłączności na wykonywanie zabiegów medycyny estetycznej przez lekarzy i lekarzy dentystów. Uporządkowanie systemu ochrony zdrowia w tym zakresie powinno się przyczynić do podniesienia standardów wykonywania zabiegów oraz ochrony zdrowia i życia pacjentów, a także w istotny sposób ograniczyłoby konieczność leczenia skutków niewłaściwego wykonania zabiegów medycyny estetycznej przez osoby niekompetentne, w nieodpowiednich warunkach lub przy wykorzystaniu nieodpowiednich narzędzi.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej uznanie zabiegów medycyny estetycznej za działalność, która może być wykonywana tylko przez osoby posiadające prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, zapewni pacjentom możliwość korzystania z bezpiecznych i opartych na aktualnej wiedzy medycznej świadczeń medycyny estetycznej, wykonywanych w miejscach spełniających odpowiednie warunki i podlegających kontroli właściwych instytucji. Ponadto – ze względu na koszty leczenia powikłań, które w przypadku ich finansowania ze środków publicznych mogą się stać coraz większym obciążeniem dla systemu ochrony zdrowia – uporządkowania kwestii medycyny estetycznej w Polsce wymaga również szeroko pojęty interes społeczny.

Biorąc powyższe pod uwagę Naczelna Rada Lekarska proponuje przyjęcie następującej definicji medycyny estetycznej: „Medycynę estetyczną stanowią świadczenia zdrowotne, wiążące się z ingerencją w tkanki ludzkie, udzielane przez lekarzy i lekarzy dentystów, służące przywracaniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta, poprzez zmianę jego wyglądu”.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 9 lutego 2021 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 965) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych

organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje: w wyniku przeprowadzonych w dniu 29 stycznia 2021 r. wyborów na stanowisko Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej, powołanej do przeprowadzenia wyborów na Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, ogłasza się, że z dniem 29 stycznia 2021 r. Wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2018-2022 został:
lek. Artur Drobniak

**PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ**

Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 9 lutego 2021 r.
o wygaśnięciu zajmowanego przez
lek. Artura Drobniaka stanowiska
funkcyjnego Zastępcy Sekretarza
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019, poz. 965) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionej uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., oraz § 3 ust. 1 pkt 7 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej, zwołanego w dniu 29 stycznia 2021 r. w celu przeprowadzenia wyborów na stanowisko funkcyjne wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, obwieszcza się, co następuje: wygasa zajmowane przez lek. Artura Drobniaka stanowisko funkcyjne Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, w związku z objęciem, z dniem 29 stycznia 2021 r., stanowiska funkcyjnego Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

**PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ**

Paweł Susłowski

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

ŚDZJU 2021: #MouthProud

20 marca obchodzony jest Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej. Z tej okazji Światowa Federacja Dentystyczna przygotowała kilka porad, jak być #MouthProud i świętować ten dzień bezpiecznie.

Oto kilka podpowiedzi, jakie działania warto podjąć z okazji ŚDZJU 2021:

- przeglądy stomatologiczne i wizyty w gabinecie dentystycznym;
- konferencje, wykłady, dyskusje przy okrągłym stole i warsztaty;
- wydarzenia medialne;
- wizyty szkolne;
- kampanie w mediach społecznościowych;
- aktywność fizyczna.

Organizatorzy World Oral Health Day zamieścili na swojej stronie internetowej

„Mapę działań”, a pod nią apel: „Powiedz nam i innym, co planujesz zrobić. Globalna mapa obejmuje wszystko, co dzieje się na całym świecie. Podaj jak najwięcej szczegółów; miejmy nadzieję, że ludzie w Twoim mieście będą chcieli się zaangażować. Wyjątkowe wysiłki zostaną docenione podczas Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej”.

Zgłoszone inicjatywy nanoszone są na mapę na bieżąco. W dniu oddawania naszej gazety do druku w Polsce zgłoszona była jedna inicjatywa – przez Polskie Towarzystwo Studentów Stomatologii (quiz wiedzy o zdrowiu jamy ustnej prowadzony na Facebooku). ■



W Dubaju zawieszono planowe leczenie



W emiracie Dubaju, najbardziej zaludnionym mieście i terytorium Zjednoczonych Emiratów Arabskich, podjęto decyzję o zawieszeniu leczenia stomatologicznego, które nie jest pilne. Według Dubai Health Authority (DHA) taki środek zapobiegawczy ma na celu ochronę pacjentów i personelu medycznego przed SARS-CoV-2 oraz powstrzymanie rozprzestrzeniania się wirusa.

O tym, że opieka dentystyczna, która nie jest pilna, zostaje zawieszona, DHA poinformowało szpitale i inne placówki medyczne pod koniec stycznia. Lokalne media podały, że decyzja ta będzie obowiązywać do odwołania.

Przypomnijmy, że podobna sytuacja miała już miejsce wcześniej, z tym że objęła cały kraj – Zjednoczone Emiraty Arabskie zawiesiły planowe leczenie

stomatologiczne w marcu 2020 r., wznowiono je w połowie czerwca ub.r. Obecne zawieszenie planowego leczenia stomatologicznego dotyczy tylko emiratu Dubaju.

Od początku pandemii w Zjednoczonych Emiratach Arabskich odnotowano ponad 320,1 tys. przypadków zakażeń SARS-CoV-2 i 902 zgony z powodu COVID-19. Podczas pandemii Dubaj stał się wiodącym celem turystycznym, ale w związku z rosnącą liczbą zakażeń, w lutym wprowadzono tam ograniczenia, które przewidują m.in. zmniejszoną przepustowość hoteli (70 proc.), kin i miejsc siedzących pod dachem (50 proc.) oraz centrów handlowych, basenów i prywatnych plaż (70 proc.). Puby i bary zostały zamknięte na miesiąc, a restauracje i kawiarnie do godziny 1.00 w nocy. ■

Jakość w stomatologii

VS Quality Improvement Toolkit to nowe narzędzie opracowane przez World Dental Federation (FDI), które ma wspierać zespoły dentystyczne na całym świecie w dążeniu do zapewniania pacjentom bezpiecznej i przejrzystej opieki stomatologicznej.

Zawarty tam zarys kryteriów, które mogą być wykorzystywane przez lekarzy praktyków, instytucje, agencje finansujące opiekę stomatologiczną i organizacje zawodowe, ma ułatwić stworzenie takich systemów, które przyczynią się do poprawy jakości w stomatologii. Jak podkreśla FDI, zapewnienie jakości wymaga silnej woli instytucjonalnej, odpowiednich struktur oraz zasobów finansowych i ludzkich, a także wysokiego standardu szkolenia personelu oraz godziwego wynagrodzenia go za pracę. Zdefiniowanie jakości w stomatologii jest jednak trudne, ponieważ istnieją różne definicje i ramy oceny wartości opieki.

STOMATOLOGIA

Niepewny los stomatologii szkolnej

W Polsce w szkołach otwarto ponad 600 gabinetów stomatologicznych, ale w związku z pandemią już na starcie przestały one funkcjonować.

Lucyna Krysiak dziennikarz



We wrześniu 2019 r. weszła w życie ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami zobowiązująca samorządy lokalne do objęcia dzieci i młodzież opieką dentystyczną w szkołach. Zgodnie z jej zapisami, w każdej szkole w Polsce powinien powstać w pełni wyposażony gabinet dentystyczny. Jeśli z przyczyn obiektywnych nie jest to możliwe, to szkoła powinna nawiązać porozumienie z gabinetem zewnętrznym.

ZAMKNIĘTE DO ODWOŁANIA

Pandemia COVID-19 sprawiła jednak, że szkolnym gabinetom stomatologicznym, z takim trudem reaktywowanym po latach niebytu, grozi zapaść. Uczniowie, ucząc się online w domach, nie mogą korzystać ze szkolnej opieki dentystycznej, a lekarze dentyści, którzy podpisali z NFZ kontrakty na ich leczenie, nie są w stanie wywiązać się z umowy z płatnikiem.

– Nie mamy szansy, by kontrakty zrealizować w wymaganym przez NFZ terminie, nie mamy też możliwości

rozliczenia się z funduszem w sposób, który pozwoliłby nam uniknąć strat. Kiedy w związku z COVID-19 wiosną 2020 r. rozporządzeniem Rady Ministrów wprowadzono nakaz zaprzestania opieki stomatologicznej nad uczniami w szkołach, zakładaliśmy, że to kryzys przejściowy. Liczyliśmy, że jesienią, wraz z powrotem uczniów do szkół, praca gabinetów szkolnych zostanie wznowiona i nadrobimy straty. Jednak wobec nasilającej się pandemii tak się nie stało i znaleźliśmy się w dramatycznej sytuacji – tłumaczy lekarz dentysta

Piotr Laska z Wrocławia, który prowadzi szkolny gabinet stomatologiczny w Wołowie.

On i ponad 600 innych lekarzy dentyków z całej Polski, którzy zdecydowali się na podpisanie kontraktów z NFZ na prowadzenie gabinetów w szkołach, obawia się, że z tej zapaści stomatologia szkolna już się nie podźwignie. Właściciele szkolnych gabinetów, po ubiegłorocznym wiosennym lockdownie, wraz z jesiennym powrotem uczniów do szkół podjęli wysiłek, by w zmienionym reżimie sanitarnym reaktywować swoją działalność, ale trwało to zaledwie dwa miesiące. Pandemia znów zaczęła się nasilać, szkoły zamknięto, a wraz z nimi gabinety. Stan zawieszenia się przedłuża, gabinety szkolne nie pracują, a więc nie zarabiają i nie realizują kontraktów, a nie ma żadnych ruchów ze strony władz, aby rozwiązać ten finansowy problem. W tej sytuacji wydaje się, że ich los jest przesądzony.

Prof. Dorota Olczyk-Kowalczyk, krajowy konsultant w dziedzinie stomatologii dziecięcej i prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej przypomina, że polskie dzieci są bardzo zaniebane, jeśli chodzi o stan zdrowia jamy ustnej (panuje próchnica zębów, brak profilaktyki lub jest ona prowadzona w ograniczonym zakresie, brak planowego leczenia). Dlatego należy się zastanowić, jakie skutki zdrowotne dotkną dzieci w sytuacji, kiedy szkolne gabinety dentystyczne nie podniosą się z finansowego kryzysu? – Uważam, że doszło do absurdu, stomatologia szkolna powinna być traktowana priorytetowo i w sytuacji ekstremalnej, jaką jest pandemia, dobro dzieci jest najważniejsze – podkreśla prof. Dorota Olczyk-Kowalczyk i zastrzega, że trzeba zrobić wszystko, aby nie dopuścić do zamykania szkolnych gabinetów stomatologicznych.

KONTRAKT NIE DO ODOBNIENIA

NFZ oferowało skorzystanie z zaliczkowego fakturowania kontraktów w formule 1/12, ale już wiadomo, że to pożyczka, którą trzeba będzie zwrócić, a w sytuacji, kiedy gabinety nie pracują i nie zarabiają, zwrot pieniędzy nie będzie możliwy. – To dla nas pułapka. Tego typu wsparcie niczego nie gwarantuje, przecież odrobienie kontraktu, jak zakłada płatnik, do końca czerwca 2021 r. jest nierealne – przekonuje Piotr Laska i zaznacza, że nikt nie wie, co będzie do tego czasu i kiedy uczniowie na dobre powrócą do szkół.

Lekarze dentyści prowadzą gabinety szkolne ani nie mieli szansy pracy pomiędzy falami epidemii, ani możliwości skorzystania z Tarczy 2.0., która ich nie objęła.

Wprawdzie trwa akcja szczepień nauczycieli, co ma być przygotowaniem do powszechnego otwarcia szkół, ale nie wiadomo, czy nauczanie stacjonarne wróci na dobre, bo przecież wirus jest nieprzewidywalny. Piotr Laska uważa też, że szkolni lekarze dentyści powinni mieć świadomość zagrożenia związanego z proponowaną zaliczką 1/12 i solidarnie jej nie zaciągać. Praktycznie są oni pozbawieni możliwości zarobkowania, a sytuację pogarsza fakt, że wyposażając szkolne gabinety w unyty, autoklawy i inny sprzęt niezbędny do prowadzenia praktyki, wzięli kredyty i mają raty leasingowe do spłacenia, co stało się dodatkowym obciążeniem.

– Zajmuję się stomatologią dziecięcą od 40 lat, stan uzębienia dzieci leży mi na sercu i nie mogę zrozumieć, dlaczego zostaliśmy w tej sytuacji sami, bez pomocy rządu, mimo że wciąż apelujemy w tej sprawie do ministra zdrowia, prezydenta RP, prezesa NFZ oraz posłów – mówi Piotr Laska.

Środowisko lekarzy dentyków zaangażowanych w szkolną stomatologię uważa, że konieczne jest wypracowanie rozwiązań prawnych umożliwiających np. wypłacanie im wynagrodzeń w formie ryczałtu w czasie nauki w formule online, które pozwoliłyby przynajmniej na pokrycie kosztów stałych. Lekarze dentyści, których długi w związku z niezrealizowanym kontraktem z NFZ sięgają kilkaset tysięcy zł, obliczyli, że takim zabezpieczeniem byłaby wypłata części kwoty rocznej kontraktu: 1/24 za każdy miesiąc przestoju. Inne rozwiązanie widzą w wydłużeniu okresu na odrobienie wypłaconych zaliczek, np. do czerwca 2022 r.

POTRZEBNE ODGÓRNE DECYZJE

W tej sprawie potrzebne są odgórne decyzje, których jak dotąd nie ma. Dostrzegając dramatyczną sytuację, w jakiej znaleźli się lekarze dentyści związani ze

stomatologią szkolną i finansowaniem ich działalności z kontraktów NFZ, 22 stycznia br. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zajęło stanowisko domagające się niezwłocznych działań, które rozwiążą te problemy. Prezydium NRL wyraziło też gotowość włączenia się w prace nad szczegółowymi rozwiązaniami dotyczącymi szkolnej stomatologii. Członkowie PNRL w swoich opiniach byli zgodni, że lekarze dentyści prowadzą gabinety szkolne ani nie mieli szansy pracy pomiędzy falami epidemii, ani możliwości skorzystania z Tarczy 2.0., która z niezrozumiałych przyczyn ich nie objęła.

– Bez pracy ponad wszelką wątpliwość szkolne gabinety stomatologiczne nie są w stanie odrobić zaległości, rozliczyć świadczeń wynikających z umowy z NFZ, a co za tym idzie – regulować posiadanych zobowiązań – mówi Andrzej Cisko, wiceprezes NRL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL, zaznaczając jednocześnie, że lekarze dentyści związani kontraktem na świadczenie usług w medycynie szkolnej znaleźli się w podwójnie trudnej sytuacji. Uważa, że to, co się stało ze szkolną stomatologią, wyrządziło wiele szkód – nie tylko uderzyło finansowo w lekarzy, którzy podpisali kontrakt na świadczenie usług stomatologicznych w szkołach, ale negatywnie odbiło się na wizerunku samej opieki nad najmłodszymi.

– Organizowanie gabinetów szkolnych, praca z dziećmi i młodzieżą, również na polu profilaktyki chorób jamy ustnej to misja, której podejmują się pasjonaci, a teraz trudno będzie przekonać młodego lekarza dentyzę po studiach, że warto w tę dziedzinę inwestować – mówi Andrzej Cisko. Uważa, że aby wyjść z tej patowej sytuacji, należy jak najszybciej zadekretować umorzenie części tej 1/12 kontraktu, na którą w ramach oferowanego przez NFZ kredytu wielu stomatologów, chcąc uchronić gabinet przed upadkiem, się skusiło. Niestety, nie mogą zerwać kontraktu, bo wówczas ta „pożyczka” stanie się wymagalna i będą musieli się z niej rozliczyć. – Ruch jest po stronie organizatora opieki zdrowotnej, czyli Ministerstwa Zdrowia, i samorząd lekarski będzie naciskał, aby jak najszybciej resort zajął się tą sprawą, choć uważam, że to o wiele za późno – podsumowuje Andrzej Cisko. ■

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Uprawnienia IOR

Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej informuje, że zgodnie z art. 15zzzzn ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r., poz. 374, z późn. zm.), uprawnienia:

1) inspektora ochrony radiologicznej, o których mowa w art. 7 ust. 3 lub 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1792 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322),

2) do zajmowania stanowiska mającego istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej, o których mowa w art. 12 ust. 1 ustawy, o której mowa w pkt 1

– których ważność upływa w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, albo w okresie 30 dni następujących po ich odwołaniu, zachowują ważność przez okres kolejnych 18 miesięcy od dnia upływu terminu ich ważności.

Komunikat opublikowano 27 stycznia. ■

Sztuka pomaga pokonać strach

Według National Institutes of Health, ok. 30 proc. Amerykanów odczuwa lęk związany z leczeniem stomatologicznym, a 12 proc. – ekstremalnie silny lęk, co może mieć szkodliwy wpływ na ogólny stan zdrowia ich zębów.

Według badań przeprowadzonych na University of Westminster oglądanie sztuki przez zaledwie 30 minut może obniżyć stężenie hormonu stresu, kortyzolu, w organizmie. To prowadzi nie tylko do spokojniejszego, szczęśliwszego nastroju ogólnego, ale może także przyczynić się do zmniejszenia odczuwania bólu.

Uważa się, że uspokajający wpływ na dorosłych mogą mieć szczególnie dzieła sztuki przedstawiające piękne krajobrazy i ludzkie twarze. Podczas oglądania

portretów widz czuje coś w rodzaju mieszanki spokoju i koncentracji. Obrazy i grafiki, które emanują miłością i szczęściem, również mogą pomóc w powstrzymywaniu negatywnych uczuć związanych z zabiegami w obrębie jamy ustnej. Z kolei na dzieci dobroczynny wpływ mają malowidła ściennie typu „patrz i znajdź” oraz rysunki sufitowe przypominające kreskówki. Fototapety edukacyjne mogą być również nośnikiem cennych informacji o znaczeniu zdrowia jamy ustnej.

Obcowanie ze sztuką może przynieść korzyści również pracownikom gabinetu. Pomaga zespołowi dentystycznemu zrelaksować się, zwiększa jego efektywność i zmniejsza jednocześnie liczbę błędów. ■

Nielimitowane świadczenia dla dzieci i młodzieży

W związku z przedstawionym do konsultacji publicznych projektem zmian w Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne Prezydium NRL podjęło 22 stycznia stanowisko opiniujące ten projekt (Nr 7/21/P-VIII).

W dokumencie tym zwrócono uwagę m.in., że proponowane zapisy są niedostosowane do warunków wykonywania kontraktu ogólnostomatologicznego. Kwota zobowiązania o wartość nadwyżki świadczeń „dziecięcych” ma wzrastać ponad limit „dziecięcy”, a przecież w kontrakcie ogólnostomatologicznym nie ma określanego limitu świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży. W ustawie o Funduszu Medycznym z 7 października 2020 r. zapisano, że świadczenia udzielane osobom poniżej 18 r.ż. są Nielimitowane.

– Prezentowane Stanowisko Prezydium NRL podkreśla wyraźnie, że trudne do wyobrażenia byłoby w szczególności oczekiwanie zmian w harmonogramach poradni stomatologicznych. Z całą pewnością za tym przepisem winno iść niezwłoczne podniesienie nakładów na opiekę stomatologiczną. W przeciwnym wypadku intencja wyrażona w ustawie o Funduszu Medycznym pozostanie pustą deklaracją – podkreśla Andrzej Cisko, wiceprezes NRL.

POLSKA MÓWI

#aaa

Tegoroczne, krajowe obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej (20 marca) oraz kampania „Polska mówi #aaa” odbędą się pod hasłem „Zdrowie zaczyna się w jamie ustnej. Świadomy pacjent, świadomy lekarz”.

– Tegoroczny przekaz łączy się z aktualną sytuacją epidemiologiczną w kraju. Choć nie mamy twardych danych liczbowych, co



chwila dochodzą do nas informacje, że pacjenci w dalszym ciągu odkładają w czasie planowe wizyty stomatologiczne – mówi prof. Marzena Dominiak, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. – Tradycyjnie będziemy zapraszać wszystkich do aktywnego świętowania, wymyślania projektów i zgłaszania ich na interaktywną mapę kampanii. W odpowiednim czasie zaprezentujemy pakiet materiałów edukacyjnych do pobrania z oficjalnej strony www.polskamowiaaa.pl.

„Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym to wydarzenie. ■

PROJEKT USTAWY BĘDZIE W MAJU

Centralizacja szpitali?

Za sprawą rozpoczętych na polecenie ministra zdrowia prac nad koncepcją restrukturyzacji szpitali, powrócił spór o to, czy tworzących je organów nie jest za dużo. Czy dojdzie do zmiany struktury właścicielskiej szpitalnictwa?

Mariusz Tomczak dziennikarz

Placówki powiatowe i wojewódzkie stanowią większość szpitali w naszym kraju. Nie brakuje opinii, że współpraca pomiędzy ich organami tworzącymi w wielu częściach kraju pozostawia sporo do życzenia. Sytuację komplikuje wyścig o pieniądze oraz konkurencja o pacjentów i kadry, przybierająca w niektórych regionach niepokojący charakter.

W ostatnich latach w czasie konferencji branżowych często pojawiały się głosy, że konsolidacja uprawnień właścicielskich w przypadku placówek samorządowych sprzyjałaby optymalizacji wykorzystania ich bazy materialnej i kadrowej oraz koordynacji opieki zdrowotnej, ale były również odmienne zdania, że ewentualna zmiana właściciela w niczym nie pomoże, a okaże się jedynie fatalną reakcją na dobrze zdiagnozowany problem.

KOORDYNACJA KULEJE

W ponad 180-stronicowym raporcie „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” Najwyższa Izba Kontroli zarekomendowała wprowadzenie skutecznych mechanizmów koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów w regionach. „Dotychczasowe 20-letnie próby skoordynowania działań pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi oraz ich organami właścielskimi nie przyniosły pozytywnych rezultatów w postaci koordynacji procesu leczenia i efektywnego gospodarowania

środkami publicznymi. W wielu przypadkach na tym samym terenie występują podmioty lecznicze udzielające identycznych świadczeń, co prowadzi do zmniejszenia jednostkowych kontraktów NFZ zawieranych z tymi podmiotami i pogorszenia ich sytuacji finansowej” – wskazała NIK. Raport w 2019 r. zatwierdził ówczesny prezes NIK Krzysztof Kwiatkowski, wieloletni samorządowiec, a od kilkunastu miesięcy senator niezwiązany z obecnym obozem władzy, co wydaje się warte podkreślenia, bo o konieczności dokonania reformy szpitalnictwa mówi się zarówno w kręgach związanych z rządem, jak i opozycją. Podobne postulaty co w raporcie NIK, znalazły się w podsumowaniu ponad rocznej

Niedzielski – miałoby oznaczać „przejęcie własności nad nimi przez m.in. Skarb Państwa”. – To pomysł najpoważniejszy – powiedział w jednym z wywiadów, dodając, że szpitale powiatowe rozważane są jako te, które w pierwszej kolejności powinny zostać poddane zmianom w zakresie zasad funkcjonowania czy właścicielstwa. – Muszę zastrzec, że to jest jedna z opcji. Uznaję ją za najbardziej prawdopodobną – podkreślił minister. Od kilku tygodni pojawiają się głosy o planowanym „zamachu” na pieniądze należące do wspólnot lokalnych. Związek Powiatów Polskich wydał stanowisko, w którym wyraził obawy, że szpitale powiatowe mogą stać się „kozłami ofiarnymi wieloletnich zaniedbań, za które odpowiedzialność

W ocenie resortu zdrowia dopóki będzie wielu różnych właścicieli, nie dojdzie do przeprofilowania placówek i konsolidacji sektora.

dyskusji ekspertów w ramach debaty „Wspólnie dla Zdrowia”, która została zainicjowana zaraz po objęciu urzędu ministra zdrowia przez Łukasza Szumowskiego. Wydaje się jednak mało prawdopodobne, aby wśród licznej rzeszy osób związanych z ochroną zdrowia osiągnięto konsensus co do kierunku zmian w szpitalnictwie.

PRZEJĘCIE WŁASNOŚCI

Od niedawna toczą się prace nad koncepcją „centralizacji” szpitali, co – jak przyznał minister zdrowia Adam

ponoszą kolejni ministrowie zdrowia”. Włodarze powiatów i miast na prawach powiatu oraz władze samorządów wojewódzkich zaczęły publicznie wyliczać, ile pieniędzy zainwestowano w spłatę zobowiązań podległych im placówek, zakup nowoczesnego sprzętu, utrzymanie i rozbudowę infrastruktury szpitalnej oraz remont budynków, które – co nie pozostaje bez znaczenia w tej dyskusji – nierzadko stanowią własność samorządu i są tylko oddane w zarząd SPZOZ-om lub spółkom. A nie są to małe kwoty.

„POWRÓT DO PRL-U”?

Marszałek Adam Struzik przypominał, że w ciągu ostatnich 20 lat na modernizację i doposażenie szpitali marszałkowski samorząd woj. mazowieckiego przeznaczył ponad 2 mld zł, a jak podkreślił prezydent Rafał Trzaskowski, z kasy m.st. Warszawy do 10 szpitali trafiło 1,6 mld zł w ciągu ostatniej dekady. Prezydent Jacek Majchrowski w liście do szefa rządu napisał, że przez 21 lat Kraków przeznaczył łącznie 329,2 mln zł na potrzeby podmiotów leczniczych, co łącznie stanowi 75 proc. wszystkich nakładów inwestycyjnych poniesionych przez te placówki. Z kolei prezydent Sopotu Jacek Karnowski wskazał, że budowa niedawno oddanego do użytku Centrum Geriatrii Pomorskiego Centrum Reumatologicznego uszczupliła budżet miasta o 12,6 mln zł. Takie przykłady można mnożyć. W mediach zaroilo się od kasandrycznych wizji. Czy, jak ostrzegają niektórzy, czeka nas „powrót do PRL-u” i wzorowanie się na pomysłach komisarza lekarza Nikołaja Siemaszki? Czy nastąpi dryfowanie w kierunku scentralizowanego modelu organizacji i finansowania ochrony zdrowia? Dojdzie do nacjonalizacji części szpitali połączonej z przejmowaniem majątku powiatów, miast i województw? A może powstanie państwowy holding szpitalny, który „wykupi” część samorządowych podmiotów leczniczych i ich długi?

OBIETNICE WYBORCZE PiS

Do PiS należą osoby o stosunkowo zróżnicowanych poglądach, niemniej w szeroko rozumianym obozie władzy są obecne silne oczekiwania dotyczące zwiększenia ingerencji państwa w różnych dziedzinach życia społeczno-gospodarczego. Bez trudu odnajdziemy je w wypowiedziach czołowych polityków, na czele z prezesem Jarosławem Kaczyńskim. W PiS nie brakuje głosów, że władza wykonawcza powinna przejąć większą odpowiedzialność również w obszarze ochrony zdrowia, co mogłoby pociągać za sobą uszczuplenie części zadań w zakresie polityki zdrowotnej realizowanych dotąd przez jednostki samorządu terytorialnego. Od wielu lat takie postulaty formułowane są w dokumentach programowych PiS. W programie z 2014 r. odnajdziemy niezwykle ważne zdanie oddające istotę myślenia przynajmniej części

najważniejszych polityków tej partii w zakresie ochrony zdrowia, dzięki któremu łatwiej zrozumieć przyczyny niektórych decyzji rządu i kolejnych ministrów zdrowia w ostatnich latach: „Odpowiedzialność za bezpieczeństwo zdrowotne Polaków to ostatecznie odpowiedzialność publiczna, polityczna, a więc przede wszystkim odpowiedzialność rządu, administracji samorządowej, polityków”. W pewnym sensie tę myśl rozwinęto w kolejnym programie partii, z którym wystartowała do wyborów parlamentarnych w 2019 r.: „Publiczna opieka zdrowotna jest prawem każdego obywatela, dlatego Prawo i Sprawiedliwość stoi na stanowisku, że zdrowie nie jest towarem, który podlega wyłącznie prawom wolnego rynku, a dobrem, które powinno być chronione przez państwo. Współistnienie sektora publicznego i prywatnego nie zwalnia państwa z dbałości o dostępność i jakość usług oferowanych przez publiczną służbę zdrowia”.

WZMOCNIĆ WOJEWODĘ, CZYLI RZĄD

Kilka lat temu szykująca się do powrotu do władzy partia Jarosława Kaczyńskiego zapowiadała, że na poziomie województw za finansowanie świadczeń powinni odpowiadać wojewodowie, którzy – jak wiadomo z konstytucji – są przedstawicielami Rady Ministrów w województwach. „To oni kontraktować będą świadczenia w instytucjach systemu i rozliczać ich wykonanie” – zapowiadał PiS w programie z 2014 r. i choć po wygranych wyborach do urzeczywistnienia tej wizji nie doszło,



Zdaniem ministra zdrowia pandemia COVID-19 unaoczniała, że struktura własnościowa szpitalnictwa objawia się rozproszeniem zasobów i brakiem koordynacji, co powoduje „bałagan organizacyjny” i uderza w pacjentów.

podjęto próbę wprowadzenia jej w życie. Kiedy jesienią 2015 r. urząd ministra zdrowia objął Konstanty Radziwiłł, zapowiadał, że zdecydowana część kompetencji likwidowanego NFZ trafi w jego ręce, a rolę płatnika, kontraktującego

Nowy ład?

W środowisku medycznym zapowiedź dokonania dużych zmian w szpitalnictwie jest traktowana z niepokojem.

Niewykluczone, że przez kolejne miesiące będą one absorbować uwagę opinii publicznej, choć wątpliwe, by równie mocno co walka z pandemią i Narodowy Program Szczepień oraz setka innych tematów, które znajdują się na celowniku najbardziej opiniotwórczych mediów. W czasie kampanii wyborczej przed dwoma laty w PiS pojawił się pomysł utworzenia „funduszy modernizacyjnych”,

które „w ciągu najbliższych 10 lat” miały „zabezpieczyć i rozwinąć inwestycje” m.in. w szpitalach. Zgodnie z programem partii z 2019 r., fundusz modernizacji szpitali ma wynieść 2 mld zł. Może się on okazać częścią zapowiadanego przez rząd „prorozwojowego i prospołecznego” programu odrodzenia gospodarki po pandemicznym kryzysie. „Nowy ład”, bo tak go określa szef rządu, został już przyjęty przez kierownictwo PiS, ale konkrety nie są znane. Czy padnie w nim obietnica stworzenia nowego ładu w ochronie zdrowia?



i rozliczającego świadczenia opieki zdrowotnej, od 2018 r. zaczęły pełnić nowo utworzone wojewódzkie urzędy zdrowia. Miały to być zupełnie nowe podmioty, istniejące niezależnie od urzędów wojewódzkich, nadzorowane przez ministra zdrowia, a ich dyrektorzy powoływani byłiby na wniosek wojewody. Wojewódzkim urzędowi zdrowia przypadłaby część obowiązków wykonywanych przez oddziały wojewódzkie NFZ, a koncentrowałyby się one m.in. na finansowaniu ochrony zdrowia na szczeblu wojewódzkim, kontraktowaniu części zakresów świadczeń oraz nadzorowaniu działań szpitali. Ostatecznie tak się nie stało, porzucono postulat likwidacji NFZ (w 2020 r. zmieniła się jednak jego struktura organizacyjna w wyniku tzw. pionizacji), weszła w życie ustawa o sieci szpitali, a następnie ministra Konstantego Radziwiłła, Łukasz Szumowski, do tego tematu nie wracał, ale część pomysłów wniesionych do debaty publicznej przez tego

pierwszego zapewne kielkowała w głowach niektórych decydentów.

DETERMINACJA MINISTRA ZDROWIA

Wybuch pandemii sprawił, że priorytetem stała się walka z COVID-19. Zdaniem obecnego szefa resortu zdrowia unaoczniała ona, że struktura własnościowa polskiego szpitalnictwa objawia się rozproszaniem zasobów i brakiem koordynacji, co stanowi jeden z „metaproblemów”, powoduje „bałagan organizacyjny” i uderza w pacjentów. – Szpitale istniejące obok siebie konkurują swoją ofertą, a nie współpracują, nie dzielą się zakresami usług – mówi minister Adam Niedzielski. 23 grudnia powołał „Zespół do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”. W styczniu odbyły się jego cztery posiedzenia, ale

prace trwają także w formie kontaktów roboczych członków zespołu. Są nimi pracownicy resortu zdrowia i NFZ oraz, co wydaje się znamienne, kilku przedstawicieli Banku Gospodarstwa Krajowego i Agencji Rozwoju Przemysłu. W tym gronie nie ma dyrektorów szpitali czy przedstawicieli samorządu terytorialnego, nie wspominając o innych uczestnikach systemu ochrony zdrowia znających realia funkcjonowania szpitali z innej strony niż perspektywa ministerstwa czy płatnika. Może to świadczyć o determinacji szefa resortu zdrowia, by zamiast brnąć w długie i, jak się wydaje, burzliwe dyskusje nad różnymi scenariuszami zmian w szerokim gronie, w ciągu kilku miesięcy przygotować projekt ustawy, skierować go do konsultacji publicznych, a później ewentualnie wsłuchać się w niektóre uwagi i sugestie innych interesariuszy systemu. Mogłoby to wskazywać, że w kierownictwie Ministerstwa Zdrowia zapadła decyzja co

do potrzeby dokonania zmian, wstępnie zarysowany ich kierunek nie podlega dyskusji, a spierać można się tylko o szczegóły.

BĘDZIE PROJEKT USTAWY

Poglądy ministra Adama Niedzielskiego i piastującego od połowy 2018 r. funkcję podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomira Gadomskiego na „szpitalne wielowładztwo” wydają się dość podobne, wystarczy tylko uważniej wsłuchać się w to, co mówili w czasie ostatnich kilku lat. Obaj są przekonani, że dopóki będzie wielu różnych właścicieli, nie dojdzie do przeprofilowania wielu placówek i konsolidacji sektora. – Wierzymy głęboko w to, że centralizacja, do pewnego poziomu, jest potrzebna. Nie mówimy o tym, że rząd, że resort zdrowia będzie właścicielem wszystkich szpitali. Poddajemy analizie różne opcje, że będą to wojewodowie, będzie to resort, mogliby być to marszałkowie województw – mówił pod koniec stycznia w Sejmie wiceminister Sławomir Gadomski. To on jest szefem powołanego przed świętami Bożego Narodzenia zespołu, którego zadaniem jest opracowanie założeń rozwiązań dotyczących restrukturyzacji szpitali, a następnie przygotowanie projektu ustawy wraz z uzasadnieniem i oceną skutków regulacji (co ma nastąpić do końca maja). Jedno i drugie musi zyskać akceptację ministra zdrowia, który w centralizacji widzi szansę na poprawę sytuacji pacjentów.

Resort zdrowia analizował m.in. wariant przejęcia lub wieloletniej dzierżawy mienia od jednostek samorządu terytorialnego.

ZMIANA REGUŁ GRY

Szef resortu, jak się nietrudno domyślić, nie dokona jakichkolwiek zmian w szpitalnictwie, o ile wcześniej nie przekona do nich m.in. premiera Mateusza Morawieckiego. Projekt będzie musiał otrzymać zielone światło od Komitetu Politycznego PiS. Z uwagi na fakt, że w skład obozu Zjednoczonej Prawicy wchodzi m.in. kierowana przez wicepremiera Jarosława Gowina partia Porozumienie, niezbyt skłonna – przynajmniej deklaracyjnie – popierać rozwiązania etatystyczne, skierowanie projektu ustawy o centralizacji szpitali na ścieżkę legislacyjną poprzedzi dyskusja w łonie obozu rządzącego. Może ona nie być taka łatwa, bo nowe przepisy miałyby dotyczyć zagadnień zasadniczo zmieniających obowiązujące reguły gry. Chodzi m.in. o restrukturyzację szpitali (w tym ich zobowiązań), przekształcenia właścicielskie, konsolidację sektora szpitalnictwa, przeprofilowanie placówek i zmianę struktury udzielanych świadczeń, a także utworzenie podmiotu odpowiedzialnego za centralny nadzór nad procesami restrukturyzacyjnymi w szpitalnictwie i jego rozwój. Do tej listy trzeba jeszcze

dodać zapowiedź utworzenia korpusu restrukturyzacyjnego, w którego skład – zgodnie z ministerialnym zarządzeniem – mieliby wchodzić certyfikowani doradcy restrukturyzacyjni w ochronie zdrowia, a także korpusu menadżerskiego, do którego należałoby certyfikować menadżerowie w ochronie zdrowia. Na razie nie wiadomo kto kogo i w jaki sposób miałby certyfikować, ale wśród zarządzających szpitalami pojawiły się obawy.

RESORT, UCZELNIE MARSZAŁKOWIE?

Obecnie nie znamy odpowiedzi na pytanie, czy po ewentualnym ujednoliceniu struktury szpitalnictwa najważniejszą rolę w zakresie polityki zdrowotnej na szczeblu wojewódzkim pełniliby wojewodowie czy marszałkowie. Analizowano m.in. wariant przejęcia lub wieloletniej dzierżawy mienia od jednostek samorządu terytorialnego. Wielką niewiadomą jest również to, kto odpowiadałby za kadry medyczne i sprzęt, a kto za szpitalne mury, bo jedna z koncepcji diskutowanych w zaciśniętych gabinetach zakłada, że mogłoby to zostać rozdzielone. Od kilku tygodni w kulisach mówi się m.in. o ograniczeniu liczby organów tworzących szpitale do trzech (resort zdrowia, uczelnie i marszałkowie województw). Pod uwagę brany jest jednak zupełnie inny wariant, polegający na centralizacji wszystkich publicznych szpitali w Polsce, które miałyby podlegać Ministerstwu Zdrowia, choć wydaje się mało prawdopodobne, aby oznaczało to powstanie jednego zarządu nad nimi. W grę wchodzi również częściowa centralizacja: minister nadzorowałby wszystkie lecznice poza tymi zarządzanymi przez marszałków województw, pod których pieczę znalazłyby się szpitale powiatowe. Jest możliwe także coś innego – przekazanie placówek pod nadzór wojewodów, NFZ lub nowo utworzonej rządowej agencji mającej wspierać procesy restrukturyzacji szpitali. Czas pokaże, która koncepcja zwycięży. ■

SZPITALA W POLSCE¹

	2010 r.	2018 r.
 SZPITALA OGÓLNE	836	949
 ŁÓŻKA NA 10 TYS. LUDNOŚCI ²	49,4	47,3
 LECZENI STACJONARNIE NA 10 TYS. LUDNOŚCI ³	2014	2001
 PRZECIĘTNY POBYT CHOREGO W DNIACH	5,7	5,3

¹ Stan na 31 grudnia; ² Łącznie z łóżkami i inkubatorami dla noworodków; ³ W ciągu roku, bez międzyoddziałowego ruchu chorych. Źródło danych: GUS.

List otwarty transplantologów

Kilkudziesięciu transplantologów i osób reprezentujących inne dziedziny nauki związane z medycyną transplantacyjną podpisało się pod listem otwartym wyrażającym sprzeciw wobec treści emitowanych w niektórych programach telewizyjnych i publikacjach prasowych, podważających ideę transplantacji i negujące wiedzę medyczną w zakresie rozpoznawania śmierci mózgu.

Sygnatariuszy listu szczególnie martwi fakt, że takie treści pojawiają się w mediach internetowych o zasięgu ogólnokrajowym, jak również w telewizji publicznej.

„Kryteria medyczne stwierdzania śmierci mózgu w Polsce są ustalone przez grupę autorytetów naukowych i są zgodne z aktualną wiedzą medyczną oraz z wytycznymi gremiów międzynarodowych. Osoby przedstawiające inne, niezgodne z wiedzą medyczną i przepisami prawnymi poglądy, świadomie wprowadzają w błąd opinię publiczną, szkodząc wprost rodzinom osób zmarłych (u których stwierdzono śmierć mózgu) i pacjentom

oczekującym na ratujący życie zabieg przeszczepienia narządu. (...) Uważamy za niedopuszczalne, aby tak ważny i jasno określony przepisami prawa proces, jak rozpoznawanie śmierci mózgu, był przedmiotem publicznej dyskusji pozbawionej merytorycznej wiedzy i udziału autorytetów. W związku z tym apelujemy do wszystkich mediów o rzetelny przekaz informacji w tych niezwykle wrażliwych społecznie kwestiach i niepublikowanie opinii, wprowadzających w błąd polskie społeczeństwo” – piszą autorzy listu.

Pełna treść dokumentu, wraz z listą sygnatariuszy, którzy się pod nim podpisali, jest dostępna na www.gazetalekarska.pl. ■

GazetaLekarska.pl



• REKLAMA •

Badania trafione w punkt

Z prof. Andrzejem Urbanikiem, kierownikiem Katedry Radiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, rozmawia Lidia Sulikowska.

125 lat temu Wilhelm Roentgen przekazał światu informację o odkryciu promieni X, które wkrótce potem zrewolucjonizowały ówczesną medycynę.

Istotnie, 5 stycznia 1886 r. w popularnym, wiedeńskim dzienniku „Die Presse” opublikowano tekst o odkryciu promieni, za pomocą których można obrazować wewnętrzną strukturę obiektów. Szybko pojawiły się przedruki tego artykułu w publikatorach w innych krajach, i w ten sposób o odkryciu dowiedział się cały świat. W tym roku mija 125. rocznica od tego wydarzenia.

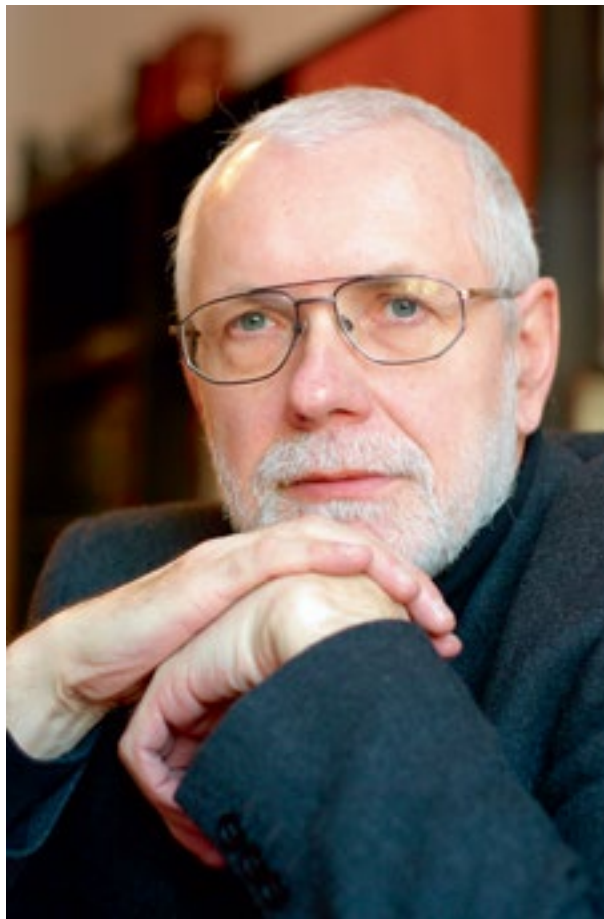
Roentgen odkrył promienie X nieco wcześniej, bo 8 listopada 1895 r. Eksperymentował z nimi aż do 22 grudnia, kiedy wykonał pierwsze zdjęcie – ręki swojej żony. Na początku 1896 r. niemiecki fizyk rozesłał komunikat o swoim odkryciu wraz ze zdjęciem wykonanym w nowej technice do swoich znajomych naukowców z prośbą o opinię. Jedna z przesyłek trafiła do Wiednia i tak zaczęła się oszałamiająca kariera promieni rentgenowskich.

Niemal od razu promienie X zaczęły być wykorzystywane w medycynie.

Roentgen zdawał sobie sprawę, że jego odkrycie może być cenne dla ludzkości. Odmówił opatentowania nowej techniki. Przekazał zasady wykonywania zdjęć bardzo prostym językiem. A że do realizacji fotografii za pomocą promieni X nie potrzeba było jakichś specjalnych narzędzi – sprzęt był dostępny nawet w gimnazjach – to bardzo szybko wiele osób zaczęło eksperymentować. Prześwietlano różne przedmioty i oczywiście żywe organizmy, w tym części ludzkiego ciała.

Pierwsze, udokumentowane medyczne zastosowanie promieni rentgenowskich odbyło się w Wiedniu pod koniec stycznia. Prof. Mossetig wykorzystał tę technikę do prześwietlenia ręki pacjenta po postrzale, aby zlokalizować, gdzie utknęła kula, co znacznie ułatwiło przebieg operacji.

Na ziemiach polskich po raz pierwszy zdjęcia RTG wykonał prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego Karol Olszewski pomiędzy 8 a 20 stycznia 1896 r. Również pierwsze polskie zdjęcie rentgenowskie dla potrzeb klinicznych było dziełem Olszewskiego. Wykonał je na prośbę chirurga Alfreda Obalińskiego u pacjenta z urazem łokcia. Pomogło ono rozstrzygnąć, że było to zwichnięcie, a nie złamanie.



Od tamtego czasu diagnostyka obrazowa – w tym ta z wykorzystaniem promieni X – bardzo się rozwinęła.

Szacuje się, że nawet 80 proc. wszystkich rozpoznań jest stawianych lub potwierdzanych poprzez badania radiologiczne, a w medycynie urazowej czy neurochirurgii – nawet 100 proc. Trudno sobie wyobrazić bez nich współczesną medycynę. Lekarze zlecają mnóstwo badań obrazowych, niestety nie zawsze są to działania trafione w punkt.

To znaczy?

Część z nich jest zlecana niepotrzebnie lub są one nietrafione, to znaczy źle dobrano technikę, za pomocą której ma być wykonana diagnostyka. Jest to problem ogólnoświatowy. Na przykład Japonia to kraj najbardziej nasycony pod względem liczby tomografów komputerowych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Tam badanie TK stało się jednym z podstawowych narzędzi diagnostycznych. Zaczęto martwić się, że pacjenci są nadmiernie i niepotrzebnie narażani na promieniowanie. Po co zaczynać od TK jamy brzusznej, skoro można zlecić nieszkodliwe USG i dopiero wówczas zdecydować, czy jest potrzebna pogłębiona diagnostyka?

Pamiętajmy, że wszędzie tam, gdzie możliwe jest wykonanie badań obrazowych bez promieniowania jonizującego, to od nich trzeba zacząć. Oceniamy, czy korzyść z badania jest większa od potencjalnego ryzyka. Dbajmy o to, by na pacjenta nie emitować niepotrzebnie promieniowania. Oczywiście nie można demonizować promieni rentgenowskich. Dawki w klasycznej radiologii są minimalne, ale w przypadku badań TK są znacznie większe.

W kilku krajach powstały wytyczne ułatwiające klinicyście wybór właściwego rodzaju badania w zależności od sytuacji klinicznej. One pomagają w bardziej świadomym kierowaniu pacjentów na różnego rodzaju diagnostykę radiologiczną oraz z zakresu medycyny nuklearnej. Na ich podstawie można zbudować prawidłowy sposób postępowania w różnych jednostkach chorobowych.

Mamy je także w Polsce.

To prawda. W 2015 r. Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia wydało w wersji polskiej i uzyskało licencję na rozpowszechnianie wytycznych dla lekarzy kierujących na badania obrazowe („iRefer: Making the Best Use of Clinical Radiology” – przyp. red.), opracowane w Wielkiej Brytanii przez Royal College of Radiology. W połowie 2019 r. udostępniono online najnowszą wersję tego dokumentu. Można zapoznać się z nią na stronie internetowej KCORwOZ czy też na założonym przeze mnie portalu o tematyce radiologicznej, czyli na www.inforadiologia.pl. Jest tam wiele istotnych informacji zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy.

W jakim kierunku rozwija się diagnostyka obrazowa?

Obecnie coraz popularniejsze stają się systemy hybrydowe, które łączą w sobie urządzenia radiologiczne i medycyny nuklearnej, np. PET-CT, PET-MR, SPECT-CT.

Cały czas trwa rozwój techniczny stosowanej dotąd aparatury. Urządzenia są coraz dokładniejsze, np. obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego za pomocą techniki dyfuzji (DWI) pozwala pokazać zmiany chorobowe w mikrostrukturze. Z kolei dzięki spektroskopii MR możemy diagnozować zmiany na poziomie metabolicznym, a czynnościowe obrazowanie mózgu MR pozwala obserwować, jak mózg pracuje.

Pojawiają się pierwsze systemy sztucznej inteligencji wkraczającej w obszar radiologii. Powstają algorytmy do analizy badań obrazowych, które potrafią nawet precyzyjnie od lekarza wychwycić zmiany chorobowe.

Sztuczna inteligencja to ogromny potencjał dla rozwoju radiologii. Trzeba z niej korzystać, co zresztą już dzieje się na coraz szerszą skalę. Mamy wiele programów do analizy badań

z zakresu diagnostyki obrazowej zaakceptowanych przez amerykańską Agencję Żywności i Leków, czyli FDA. Jednak obecnie dostępne programy bardzo dobrze sprawdzają się w wykrywaniu wąskiego, konkretnego zakresu schorzeń, np. guzów piersi czy mózgu. Natomiast przy diagnozowaniu pacjenta, u którego nie do końca wiemy, czego szukamy, ta technologia nie radzi sobie jeszcze najlepiej. Jestem jednak przekonany, że i to się zmieni. W przyszłości sztuczna inteligencja będzie dużym wsparciem dla radiologa. Dzięki niej przyspieszymy proces opracowywania wyników i będziemy zdolni wychwytywać coraz drobniejsze patologie.

Jak pan ocenia kondycję polskiej radiologii?

Jest całkiem dobrze. Placówki medyczne w większości są wyposażone w nowoczesny sprzęt. Wręcz powiedziałbym, że w niektórych miejscach niepotrzebnie kupowano bardzo drogą aparaturę, np. tomografy komputerowe z górnej półki, których możliwości nie są wykorzystywane. Znam pracownie wyposażone w wysokiej klasy rezonans magnetyczny, który wykorzystywano 2-3 razy w tygodniu, ponieważ brakowało kadry do ich obsługi lub kontraktu z NFZ. Uważam, że należałoby lepiej gospodarować pieniędzmi i nie wydawać ich tam, gdzie nie trzeba.

W mojej ocenie lepszą kontrolę nad zakupami można by uzyskać dzięki rozbudowie ogólnopolskiej bazy aparatury radiologicznej o dane dotyczące jej rzeczywistego wykorzystania oraz informacje o kadrach dostępnych w danym regionie. Wówczas łatwiej by było ocenić, czy zakupy danego sprzętu są rzeczywiście adekwatne do potrzeb i możliwości kadrowych. Pamiętajmy, że brak wystarczającej liczby radiologów to w Polsce bardzo istotny problem. Łatwiej kupić sprzęt, trudniej znaleźć specjalistę do jego obsługi, szczególnie w mniejszych miejscowościach. Tutaj z pomocą przychodzi teleradiologia, która pozwala na zdalne opisywanie badań wykonywanych w pracowni zlokalizowanej daleko od lekarza radiologa. Umożliwia także „na odległość” konsultacje trudniejszych przypadków.

Niezależnie od sprzętu niezwykle ważny jest system edukacji lekarzy radiologów oraz techników elektroradiologii. Na przełomie XX i XXI w. wdrożono w naszym kraju nowoczesny program szkolenia specjalizacyjnego, zgodny z wytycznymi europejskimi i uruchomiono Szkołę Radiologii Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego. Zmieniono również system egzaminacyjny. Pozwoliło to na wzrost poziomu edukacji polskich radiologów, którzy stanowią największą grupę biorącą udział w egzaminach na Europejski Dyplom Radiologii. Rośnie również poziom kształcenia techników elektroradiologii – uruchomiono kształcenie na poziomie akademickim. To bardzo ważne, bo radiologia to działalność zespołowa – lekarzy radiologów, techników elektroradiologii, pielęgniarek oraz fizyków bądź inżynierów medycznych. ■



Wytyczne dla lekarzy kierujących na badania obrazowe

Kolejny miesiąc z koronawirusem



SARS-CoV-2 w dalszym ciągu nie odpuszcza, choć w ciągu ostatnich tygodni tempo wzrostu zakażeń ogółem na świecie nieco spadło. W wielu regionach sytuacja nadal jest bardzo trudna.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, od początku wybuchu pandemii do 22 lutego br. potwierdzono ok. 112 mln zakażeń wirusem. Z powodu COVID-19 zmarło dotychczas prawie 2,5 mln ludzi.

Przez ostatnie cztery tygodnie infekcji uległo 12 mln osób – to zdecydowanie mniej niż w grudniu czy styczniu (wówczas dziennie notowano nawet 700-800 tys. przypadków zakażeń). Nie oznacza to jednak, że zbliżamy się do końca pandemii. Statystyki pokazują wyraźnie, że styczeń br. był wyjątkowo tragiczny pod względem liczby zakażeń i sytuacja zaczyna po prostu wyhamowywać do tej z późnej jesieni ub.r. W wielu krajach wirus i jego kolejne mutacje mają się niestety bardzo dobrze, a według najnowszych prognoz dotyczących przebiegu pandemii COVID-19 publikowanych przez Instytut Metryki i Oceny Zdrowia (IHME), działający przy Szkole Medycznej Uniwersytetu Waszyngtońskiego,

do 1 czerwca całkowita liczba zgonów na świecie przekroczy 3,6 mln.

Do 22 lutego najwięcej osób zakażonych potwierdzono w USA – 28,7 mln. Na drugim miejscu znalazły się Indie (11 mln), a dalej Brazylia (10,2 mln) i Rosja (4,2 mln). Kolejne pozycje zajęły Wielka Brytania (z liczbą 4,1 mln zakażonych), Francja (3,6 mln), Hiszpania (3,1 mln) i Włochy (2,8 mln). W lutym duże przyrosty zakażeń można było zaobserwować m.in. w Brazylii, Chile, Hondurasie, Hiszpanii, Grecji, we Francji, w Czechach, na Słowacji i Białorusi, we Włoszech, na Węgrzech oraz w Zjednoczonych Emiratach Arabskich.

Najwięcej zgonów z powodu COVID-19 dotychczas odnotowano w USA (ok. 511 tys.), Brazylii (246 tys.), Meksyku (180 tys.), Indiach (156 tys.), Wielkiej Brytanii (120,5 tys.), we Włoszech (95,7 tys.), Francji (84,3 tys.), w Rosji (83,3 tys.), Niemczech (68,4 tys.). Jeśli jednak spojrzeć na liczbę zgonów w przeliczeniu na liczbę mieszkańców danego kraju, to zdecydowanie najtrudniejsza sytuacja jest m.in. w Belgii, a także w Czechach, Wielkiej Brytanii i we Włoszech.

W Polsce do 22 lutego potwierdzono 1,63 mln zakażeń koronawirusem (14. miejsce na świecie), z czego ok. 218 tys. to przypadki aktywne. Ponad 42 tys. osób zmarło.

Głównym elementem walki z pandemią, poza utrzymywaniem lockdownu, jest prowadzenie szczepień przeciw COVID-19. Z danych gromadzonych przez Our World in Data (statystyki opracowywane przez badaczy z Uniwersytetu Oksfordzkiego) wynika, że do 20 lutego zaaplikowano w sumie ok. 205 mln dawek szczepionek na świecie.

Zdecydowanym liderem pod względem liczby podanych dawek w przeliczeniu na liczbę mieszkańców jest Izrael – w tym kraju do 20 lutego co najmniej jedną dawką zaszczepiono już niemal 50 proc. obywateli, a dwiema dawkami – ok. 33 proc. Reszta świata jest zdecydowanie w tyle – drugie miejsce pod względem osób w pełni zaszczepionych jest USA z wynikiem 5,3 proc.

Pomimo że na rynku pojawia się coraz więcej szczepionek przeciw COVID-19 różnych producentów, to i tak jest ich zdecydowanie za mało w stosunku do potrzeb. W najgorszej sytuacji są najbardziej biedniejsze kraje. Na problem niesprawiedliwego podziału w dostępie do szczepionek (zdecydowana większość trafia do krajów bogatych) zwracają uwagę m.in. ONZ i organizacja Lekarze bez Granic. ■

Źródło: www.worldometers.info, www.ourworldindata.org, IHME

Nie są wystarczająco chronieni

Mogłoby się wydawać, że największy kryzys związany z brakiem dostępności środków ochrony indywidualnej dla medyków to już przeszłość (przynajmniej jeśli chodzi o kraje rozwinięte). Tymczasem – jak pokazują wyniki sondażu przeprowadzonego przez British Medical Association – obecnie zaledwie mniej niż jedna trzecia brytyjskich lekarzy czuje się wystarczająco chroniona przed wirusem SARS-CoV-2 w miejscu pracy.

Badania wśród lekarzy na temat dostępności ŚOI w placówkach medycznych BMA przeprowadza cyklicznie. Wynika z nich, że w kwietniu 2020 r. tylko 11 proc. lekarzy było w pełni zabezpieczonych przed wirusem, w lipcu odsetek ten wzrósł do 41 proc. W lutym tego roku jedynie 28 proc. respondentów zadeklarowało, że jest całkowicie chroniona przed koronawirusem podczas wykonywania obowiązków służbowych, a prawie 8 proc. – że w ogóle nie czuje się bezpiecznie. W badaniu udział wzięło ponad 8 tys. lekarzy i studentów medycyny.

Problem braków środków ochrony osobistej dla medyków został podniesiony w ostatnim czasie także m.in. w Serbii. W połowie lutego setki ludzi wyszły na ulice Belgradu, by oddać hołd lekarzom i innym pracownikom ochrony zdrowia poległym na froncie walki z pandemią. Zgromadzeni ludzie zażądali także, aby rząd zapewnił medykom lepszą ochronę przed zakażeniem, a także poprawił warunki ich pracy i przyznał emerytury dla rodzin pracowników ochrony zdrowia, którzy zmarli w wyniku zakażenia koronawirusem.

Z danych Serbskiego Związku Lekarzy i Farmaceutów wynika, że dotychczas w tym kraju zmarło z powodu COVID-19 ponad 100 medyków. Organizacja zwraca uwagę, że w przypadku śmierci w wyniku zakażenia koronawirusem w Serbii jest nieproporcjonalnie duży odsetek zgonów w tych grupach zawodowych w stosunku do reszty populacji. ■

Źródło: BMA, Reuters, RWE

Nakaz obniżki cen leków przeciwnowotworowych

Firma farmaceutyczna Aspen musi obniżyć ceny sześciu niechronionych patentem leków przeciwnowotworowych* o ok. 73 proc. oraz zapewnić ciągłość ich dostaw przez znaczny okres. Firma zobowiązała się do tego po interwencji Komisji Europejskiej.

Aspen systematycznie podnosiło ceny tych leków, wykorzystując fakt, że

pacjenci i lekarze przeważnie nie mieli do wyboru zamiennika. Komisja Europejska wszczęła postępowanie w tej sprawie, bo miała zastrzeżenia, że działanie firmy może naruszać unijne zasady ochrony konkurencji. ■

* Chodzi o leki stosowane głównie w leczeniu białaczki i innych nowotworów hematologicznych.

Argentyńska afera szczepionkowa

Minister zdrowia Argentyny Gines Gonzalez Garcia podał się do dymisji po tym, jak na jaw wyszły informacje, że oferował on swoim bliskim znajomym możliwość zaszczepienia się przeciw COVID-19 poza kolejką. Nowym ministrem zdrowia została 48-letnia Carla Vizzotti, dotychczasowa wiceminister zdrowia.

Jak informuje France 24, do ujawnienia skandalu związanego ze szczepieniami przeciw COVID-19 doszło na antenie jednej ze stacji radiowych. Podczas audycji Horacio Verbitsky, 71-letni dziennikarz, ogłosił, że udało mu się zaszczepić dzięki wieloletniej przyjaźni z ministrem zdrowia. Do podania szczepionki miało dojść w gmachu Ministerstwa Zdrowia.

Recepta bez nazwy handlowej

Od 1 lutego w Australii zaczyna obowiązywać regulacja prawna, która nakazuje wypisywanie recept z użyciem nazwy substancji aktywnej, a nie nazwy handlowej leku (medycy mają do końca czerwca czas na dostosowanie oprogramowania służącego do wystawiania recept do nowych wymogów).

Zmiana ma zwiększyć świadomość pacjentów na temat zażywanych przez nich leków i zmniejszyć ryzyko przypadkowego przyjęcia wielu dawek tego samego leku pod różnymi nazwami, a przez to poprawić bezpieczeństwo stosowanych terapii farmakologicznych. Ponadto ma pomóc w rozmowach między farmaceutami a pacjentami na temat alternatywnych leków generycznych i biopodobnych.

Przewidziano kilka wyjątków od stosowania się do nowej zasady wystawiania recept, m.in. wówczas, gdy wymaga tego konkretny przypadek kliniczny (w takiej sytuacji nazwa handlowa może zostać wpisana pod nazwą substancji aktywnej) lub gdy ordynowany lek ma w składzie cztery lub więcej substancji aktywnych.

Źródło: safetysandquality.gov.au

Do 20 lutego w Argentynie co najmniej jedną dawkę szczepionki przeciw COVID-19 otrzymało niecałe 450 tys. osób, co stanowi jedynie 1 proc. ludności tego kraju (dane: Our World in Data). Argentyna korzysta z rosyjskiej szczepionki Sputnik V. ■

Źródło: France 24

USTALANIE PRZYCZYNY ZGONU

Podwójna weryfikacja

Z dr Agathą Crerar-Gilbert, medical examinerem i konsultantem w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w St. George's Hospital w Londynie, rozmawia Iwona Darquenne.

W szpitalach w Wielkiej Brytanii i Walii od kwietnia 2019 r. funkcjonuje nowy system nadzoru nad ustalaniem przyczyny zgonów. Na czym on polega?

Stworzono stanowisko lekarza orzecznika, określanego terminem medical examiner, którego działalność ma spowodować lepszą kontrolę związaną z zaświadczeniem o zgonach. Dotychczas karta zgonu była wypełniana przez lekarza opiekującego się pacjentem i na podstawie tego dokumentu śmierć była rejestrowana w urzędzie stanu cywilnego. W nowym systemie stwierdzenie zgonu nadal pozostaje w gestii lekarzy zajmujących się pacjentem przed śmiercią, ale każde wystawione zaświadczenie podlega dodatkowemu sprawdzeniu przez lekarza nazywanego właśnie medical examinerem.

Czy taka podwójna weryfikacja jest potrzebna? Jaki jest cel stworzenia tego stanowiska?

Zadaniem medical examinera jest przejrzanie dokumentacji medycznej w celu weryfikacji ustalonej przyczyny zgonu i upewnienie się, że opieka medyczna była świadczona na odpowiednim poziomie. Poza tym osoba na tym stanowisku sprawdza, czy wpisana w dokumentację przyczyna śmierci wymaga dodatkowej weryfikacji przez koronera.

Głównym celem wprowadzenia tego dodatkowego systemu nadzoru jest poprawa jakości orzecznictwa o zgonie i opieki nad rodzinami zmarłych. Zwrócenie uwagi na wszelkie nietypowe zgony ma zwiększyć bezpieczeństwo pacjentów. W razie jakichkolwiek wątpliwości przeprowadza się szczegółowe dochodzenie, aby ustalić, czy zgonu można było uniknąć.

Stworzenie stanowiska medical examinera ma ścisły związek z przypadkiem angielskiego lekarza pierwszego kontaktu, Harolda Shipmana, który uśmiercał swoich starszych pacjentów poprzez wstrzyknięcie im morfiny. Proceder pozostał niezauważony przez długie lata, aż wreszcie wzbudził podejrzenia. W wyniku przeprowadzonego śledztwa Shipmana uznano za seryjnego zabójcę i osadzono w więzieniu.

Kto może ubiegać się o stanowisko medical examinera?

W zasadzie każdy wykwalifikowany i doświadczony lekarz posiadający specjalizację i zarejestrowany w General Medical Council, który jest brytyjskim organem licencjonującym dla lekarzy. Trzeba jednak dodać, że szczególny nacisk kładzie się na doświadczenie zawodowe lekarzy dotyczące różnych specjalności, co daje gwarancję dogłębnego rozpatrzenia rozmaitych przypadków klinicznych.

Zadaniem medical examinera jest przejrzanie dokumentacji medycznej w celu weryfikacji ustalonej przyczyny zgonu i upewnienie się, że opieka medyczna była świadczona na odpowiednim poziomie. Poza tym osoba na tym stanowisku sprawdza, czy wpisana w dokumentację przyczyna śmierci wymaga dodatkowej weryfikacji przez koronera.

W jaki sposób odbywa się szkolenie na takie stanowisko i jak długo trwa?

Warunkiem wstępnym do rozpoczęcia pracy w roli medical examinera jest ukończenie kilku modułów kursu online oraz odbycie szkolenia praktycznego. Zakres materiału jest obszerny, przez co ukończenie kursu online może zająć kilka tygodni. Z kolei szkolenie praktyczne trwa jeden dzień i obejmuje interaktywne sesje z koronerami i innymi medical examinerami. Składa się ono z dyskusji, ćwiczeń polegających na rozwiązywaniu problemów, a także wykładów przywódców religijnych reprezentujących społeczności żydowską i muzułmańską. Większość szkolenia polega na wcielaniu się w rolę. W związku z tym, że system nadzoru nad ewidencją zgonów w Wielkiej Brytanii i Walii ewoluuje, regularnie odbywają się również szkolenia aktualizujące i utrwalające zdobytą wiedzę oraz spotkania z koronerami i ich współpracownikami.

Jak wygląda proces przygotowania karty zgonu?

Sporządzenie karty zgonu jest obowiązkiem lekarza opiekującego się chorym. Wymaga wiedzy o pacjencie i analizy przebiegu klinicznego jego schorzenia. Medical examiner omawia kartę zgonu z lekarzem, który przeanalizował historię choroby i ustalił przyczynę zgonu. Kontrola medical examinera jest wymagana w celu zapewnienia rzetelności i zgodności ze standardami urzędu stanu cywilnego, w którym rejestrowany jest zgon. Karta zgonu to ustandaryzowany, jednostronicowy formularz. Jego wypełnienie nie jest nazbyt czasochłonne,

a prawidłowo uzupełniony dokument gwarantuje bezzwłoczną rejestrację zgonu.

Jakie standardy wdrożono w celu poprawy procesu wydawania kart zgonu?

Ogólnokrajowe standardy jasno określają odpowiedzialność medical examinerów przed instytucją niezależną National Health System. Aby zagwarantować najwyższą jakość orzeczeń lekarskich, zadbano o to, aby powołani medical examinerzy byli całkowicie niezależni, to znaczy nieangażowani w opiekę nad pacjentem, a tym samym niemający żadnego interesu, osobistego czy zawodowego, w poświadczeniu informacji na karcie zgonu.

Gdzie znajduje się biuro medical examiner a i jak wygląda jego codzienna praca?

Jeden medical examiner weryfikuje dokumentację medyczną jednego lub kilku pacjentów. Następnie stwierdza, czy wymagane jest dalsze szpitalne dochodzenie wewnętrzne lub włączenie w sprawę koronera. Zdarza się również, że to koroner prosi medical examiner a o udzielenie informacji o zmarłym.

Biuro może znajdować się w dowolnym miejscu, choć bez wątpienia dogodną lokalizację stanowią urząd stanu cywilnego, biuro koronera lub szpital. Ostatnie z wymienionych miejsc z pewnością ułatwia analizę dokumentacji i umożliwia bezpośrednią komunikację z lekarzami prowadzącymi pacjenta. Nie bez znaczenia jest też bliskość biura wydającego kartę zgonu, bowiem po jej omówieniu i uzgodnieniu, dokument trafia od razu do rodziny zmarłego, co pozwala na zarejestrowanie zgonu w urzędzie stanu cywilnego.

Co jeszcze należy do obowiązków medical examiner a?

Poza wcześniej wymienionymi zadaniami, jest on również odpowiedzialny za bezpośredni kontakt z rodzinami zmarłych. Celem jest złożenie

kondolencji, poinformowanie o przyczynie śmierci, wyjaśnienie terminów medycznych w języku potocznym zrozumiałym dla rodziny oraz udzielanie odpowiedzi na pytania, jeśli takie się pojawią.

Jakie są ramy czasowe jego pracy?

Obecnie pracujemy od poniedziałku do piątku, ale w niedalekiej przyszłości przewidziana jest również praca w weekendy i święta, ponieważ zgony zdarzają się każdego dnia, a brak medical examinerów może potencjalnie wydłużyć proces poświadczenia zgonów.

Jakie nowe wyzwania stoją przed medical examinerami?

W tej chwili każdy szpital ma swoich medical examinerów. W przyszłości będą oni również weryfikowali zgony w lokalnej społeczności. To wyzwanie z punktu widzenia wyszukiwania odpowiednich informacji o pacjentach, bo chociaż większość gabinetów lekarskich ma elektroniczne rejestry, to jednak brakuje dostępu do automatycznej platformy zapewniającej wymianę niezbędnych informacji między szpitalami a przychodniami. ■

REKLAMA



Medical examiner – brak polskiego odpowiednika sensu stricto; lekarz weryfikujący przyczynę zgonu.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Czarny łabędź

Podobno aż do końca XVII w. w Europie uważano, że łabędź o czarnym upierzeniu nie istnieje. Podobno w XVI-wiecznym Londynie powszechnie wręcz używano terminu „czarny łabędź” jako metafory opisującej coś, co nie ma prawa się zdarzyć.



Joanna Sokołowska pediatra, felietonista

Ale w 1696 r. Willem de Vlamingh, dzielny holenderski kapitan, wyruszył z ekspedycją, której celem było nakreślenie map południowo-wschodnich wybrzeży Nowej Holandii, jak wówczas zwano Australię. Eksplorując nowe terytoria, de Vlamingh odkrywał i opisywał nie tylko linię brzegową badanego kontynentu, ale i zamieszkujące go egzotyczne i zadziwiające dla Europejczyka gatunki zwierząt. Wśród nich znalazł także siedliska czarnych, pełnych gracji ptaków o długich szyjach... Niemożliwe stało się faktem, a termin „czarny łabędź” stracił swoje dotychczasowe znaczenie.

Przypomniał je w XXI w. prof. Nassim Nicholas Taleb, libańsko-amerykański naukowiec, matematyk, statystyk i ekonomista. Metafora, nawiązująca do swojego dawnego znaczenia, powróciła za sprawą wydanej przez niego w 2007 r. książki zatytułowanej „Czarny Łabędź. O skutkach nieprzewidywalnych zdarzeń”. Profesor opisał i nazwał tak fenomen zjawisk, które pojawiają się nieoczekiwanie i zmieniają trwale bieg historii. „Czarne łabędzie” – takie jak zamach na World Trade Center czy katastrofa nuklearna w Fukushima – to według Taleba wydarzenia o globalnym zasięgu, przede wszystkim ekonomicznym, których prognozowanie nie było możliwe, a które pociągnęły za sobą kolosalne konsekwencje – w przeważającej większości negatywne, ale czasem też wymuszające konieczność poszukiwania nowych technologii i rozwiązań, a więc niosące ze sobą pozytywny potencjał.

Nie mogę oprzeć się pokusie pewnego nadużycia i wykorzystania teorii prof. Taleba na użytek tego felietonu. Nie wiem, jak dla czytających go, ale dla piszącej te słowa – lekarki w średnim wieku, ze średniej wielkości miasta – wydarzenia ostatniego roku, związane z pandemią COVID-19, są takim właśnie „Czarnym Łabędziem”. Ogólnościowa epidemia nieznanej choroby, o niespotykanych dotychczas objawach i zaskakująco szybkim rozprzestrzenianiu się, jeszcze kilkanaście miesięcy temu była jedynie scenariuszem katastroficznego filmu. Niespodziewanie – prawie z dnia na dzień – staliśmy się jego aktorami i improwizując z zadziwiającą łatwością, dopasowaliśmy do niego swoje dotychczasowe przyzwyczajenia. Przestaliśmy podróżować, zwiedzać, bywać i gościć. Ograniczyliśmy swoje rozbuchane konsumpcyjne potrzeby do niezbędnego minimum – również w stosunku do usług medycznych. Czy ktoś z czytających te słowa w ostatnim czasie gościł w swoim gabinecie pacjenta, który „chciał się przebadać na wszelki wypadek przed nadchodzącym weekendem”?

W obliczu zagrożenia łatwo uznaliśmy – i my medycy, i nasi chorzy – że bliskie spotkanie z obcym człowiekiem może być wyrazem bohaterstwa lub... lekkomyślności. Dotychczasową możliwość wirtualnego kontaktu, traktowaną do ubiegłorocznej zimy raczej jako interesującą alternatywę, szybko zamieniliśmy więc w naturalną (czy aby na pewno?), codzienną aktywność. Wobec sytuacji, w których nawet zwykła rozmowa z drugim człowiekiem zaczęła być postrzegana jako potencjalnie niebezpieczna dla naszego zdrowia, z wyjątkową łatwością uznaliśmy, że nasze trzecie oko – to internetowe – raczej rozszerza niż ogranicza możliwości. Tak stało się we wszystkich obszarach naszych kontaktów – pandemia usankcjonowała zdalny charakter pracy przedsiębiorstw, urzędów, szkół, ale także i gabinetów lekarskich. Rozmówca – nawet ten, będący pacjentem – stał się, w najlepszym wypadku, obrazem na ekranie, czasem jedynie głosem ukrytym za komputerowym nickiem na czarnym tle monitora lub wręcz tylko głosem w słuchawce telefonu. I choć jeszcze nie umiemy takiego pacjenta osłuchać na odległość (ale już łatwo sobie to wyobrażamy), niejeden z nas po udzieleniu „teleporady” pokusił się o wystawienie „e-skierowania”. W cyfrowych chmurach zaczęły krążyć, przesyłane we wszystkich kierunkach, wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych, które uzupełniając naszą wiedzę, niejednokrotnie pozwoliły na postawienie właściwej – choć wirtualnej – diagnozy. Ta ostatnia, uzupełniona wystawieniem „e-recepty”, zakończyła, w satysfakcjonujący obie strony sposób, sterylną relację nieco anachronicznie zwaną „wizytą u lekarza”.

Powoli zapominamy więc o tym, czego przez lata nauczyliśmy się, obserwując naszych pacjentów – o mowie ich ciała, która czasem lepiej niż słowa świadczy o aktualnym stanie zdrowia i dolegliwościach. O tym, że ich skóra ma kolor, zapach i fakturę, że oczy oprócz koloru wyrażają emocje, strój – który choć nie zdobi – dużo mówi o człowieku, a sam sposób, w jaki pacjent przekracza próg gabinetu lekarskiego, czasem pozwala postawić trafne rozpoznanie choroby.

Być może – tu puszczę wodze fantazji – już wkrótce powstanie cyfrowy algorytm, który na podstawie analizy sposobu wypowiedzi chorego pozwoli maszynie ocenić wszystko to, co musiał dostrzec swoimi zmysłami doświadczony lekarz, wykształcony w XX w. Może nawet taka maszyna będzie popełniała mniej błędów – nie będzie się męczyć, nie rozproszą jej własne dolegliwości czy osobiste problemy. Może taki algorytm przyszłości ułatwi dostęp do „e-lekarsza”, skróci kolejki, przyspieszy diagnostykę.

Czy jednak nie będzie on łabędzim śpiewem medycyny – nauki humanistycznej, jaką znamy? ■

Bliskość i bezpośredniość są najważniejsze

Z dr. Jackiem Łuczakiem, członkiem Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i jego pierwszym prezesem, rozmawia Lucyna Krysiak.



Kiedy 29 lat temu powstała w Polsce medycyna rodzinna, wiązano z nią wielkie nadzieje. Co poszło nie tak?

Najważniejszym czynnikiem destrukcyjnym okazało się słabnące zainteresowanie decydentów. Nie zrealizowano zakładanego celu wykształcenia 20 tys. specjalistów medycyny rodzinnej w ciągu 10 lat – po 30 latach mamy połowę tej liczby. Średnia wieku lekarzy POZ w niektórych województwach przekroczyła 60 lat. Nie promowano modelu medycyny rodzinnej ani wśród społeczeństwa ani wśród absolwentów uczelni medycznych. Na skutek m.in. likwidacji regionalnych ośrodków kształcenia i braku zmian w procedurach egzaminacyjnych pogorszyła się też jakość kształcenia.

Poza tym ograniczano kompetencje lekarzy rodzinnych i rozszczelniano zasadę „strażnika bramki”. Wreszcie dołożono przeciążonym pracą z chorymi lekarzom POZ nie-mądrych obowiązków biurokratycznych np. w zakresie części profilaktyki i tzw. opieki koordynowanej, POZ plus.

Coraz częściej w POZ pracują lekarze różnych specjalności. Czy to godzi w interesy medycyny rodzinnej?

Gorzej, to godzi w interesy pacjenta i prowadzi do nierówności w zdrowiu. Nadrzędną zasadą w systemach publicznej służby zdrowia jest równy dostęp do takiej samej opieki. Ktoś powinien wytłumaczyć Polakom, dlaczego w podstawowej opiece zdrowotnej trafiają do lekarzy różnych specjalności, a czasem do lekarzy bez specjalizacji. W niektórych podmiotach medycznych lekceważona jest zasada wyboru lekarza i pacjent przypadkowo trafia do różnych lekarzy. Jak w takich warunkach można zapewnić równą i wysoką jakość opieki i zrealizować pryncypialne zasady medycyny rodzinnej, czyli wszechstronność, ciągłość, koordynację i nastawienie na rodzinę?

W dużych aglomeracjach pacjenci, szczególnie młodzi, nie potrzebują tak bliskiej relacji z lekarzem.

To prawda, zwłaszcza w miastach upowszechnia się makdonaldyzacja opieki zdrowotnej. Pacjenci wybierają usługi w większych ośrodkach zintegrowanych z POZ, zapleczem diagnostycznym i specjalistycznym. Nie musi w tym być nic złego, pod warunkiem, że dąży się do uświadomienia pacjentowi korzyści wynikających z opieki opartej o zaufanie, sprawowanej przez lekarza rodzinnego.

Jak w czasach pandemii i teleporad odnajduje się medycyna rodzinna?

Z konieczności nadmiernie korzystamy z tzw. e-kontaktów, ale w medycynie rodzinnej bliskość i bezpośredniość są najważniejsze. W naszej specjalności posługujemy się wszystkimi nowoczesnymi technologiami, zarówno w samokształceniu, jak i w wspomaganiu sprawnej organizacji pracy (e-aplikacje, e-recepty, e-skierowania

Efektywna praca bez szerokiego wykorzystania narzędzi technologicznych nie jest już chyba możliwa. Jednak nie można zapominać, że prawdziwym wyznacznikiem medycyny rodzinnej jest misterium konsultacji, bezpośredniego, osobistego spotkania lekarza i pacjenta. Nic nie może tego zakłócać.

itp.). Efektywna praca bez szerokiego wykorzystania narzędzi technologicznych nie jest już chyba możliwa. Jednak nie można zapominać, że prawdziwym wyznacznikiem medycyny rodzinnej jest misterium konsultacji, bezpośredniego, osobistego spotkania lekarza i pacjenta. Nic nie może tego zakłócać. Technologie mają tylko temu służyć.

Co trzeba zmienić, aby nie dać umrzeć medycynie rodzinnej?

Zapewnić każdemu Polakowi dostęp do dobrze wykształconych lekarzy rodzinnych. A tych będzie

przybywać, jeżeli absolwenci wydziałów lekarskich będą zachęceni do podjęcia ciekawej, świetnie zorganizowanej i dobrze płatnej pracy. Niekoniecznie na swoim, jako przedsiębiorcy, ale zapewniającej autonomię relacji lekarz-pacjent. Do tego potrzebne są również zmiany instytucjonalne – przywrócenie regionalnych ośrodków kształcenia, odnowa struktur na uniwersytetach medycznych i wreszcie pełne uruchomienie Instytutu Medycyny Rodzinnej w Lublinie.

Rozwój struktur akademickich powinien pociągnąć za sobą rozbudowę sieci badawczych i ożywić aktywność naukową lekarzy rodzinnych. Powinno następować wzmocnienie wszystkich tych procesów, które mają wpływ na poprawianie jakości w POZ. Wskazane jest przywrócenie lekarzowi rodzinemu większości utraczonych kompetencji i roli „strażnika bramki”. Na świecie obiecującym kierunkiem zmian jest wykorzystywanie grup lekarzy rodzinnych do współuczestniczenia w kupowaniu świadczeń specjalistycznych dla swoich pacjentów, w porozumieniu z publicznym nabywcą.

Podsumowując, na pewno potrzebne są zmiany w sposobie kształcenia specjalizacyjnego i finansowania. Należy też zadbać o wizerunek. Tylko na razie nie wiadomo, jak to zrobić. Chodzi jednak o to, aby sprawić, by pacjent szukał lekarza rodzinnego jako wsparcia. Problem jest rozpoznany, rzecz w tym, aby znaleźć skuteczny sposób jego rozwiązania. ■

Ogólnopolska Infolinia Zachowania Płodności

Dzięki współpracy onkologów oraz ginekologów utworzono sieć ośrodków (Gdańsk, Poznań, Kraków, Warszawa, Wrocław), gdzie chorzy na nowotwory mogą uzyskać konkretną pomoc. W każdym ośrodku biorącym udział w programie dla chorych w wieku rozrodczym wyznaczony zostanie opiekun (będzie to najczęściej pielęgniarka lub położna), który przejdzie specjalistyczne szkolenie. Przed rozpoczęciem leczenia pacjenta jego opiekun sprawdzi, czy został on poinformowany o ryzyku upośledzenia funkcji

rozrodczych, przedstawi możliwości zmniejszenia takiego ryzyka oraz zaproponuje wsparcie psychologiczne. – Jeśli pacjent będzie potrzebował czasu do zastanowienia, opiekun ponownie nawiąże z nim kontakt w dogodnym dla niego, ale nieodległym terminie.

– W 2017 r. na nowotwory zachorowało około 12,5 tys. osób w wieku poniżej 44 lat (około 8 tys. kobiet i około 4,5 tys. mężczyzn), z których część nie zakończyła prokreacji przed rozpoznaniem choroby nowotworowej – informuje dr Joanna

Kufel-Grabowska, onkolog i członek Zarządu Fundacji Polska Liga Walki z Rakiem.

Polska Liga Walki z Rakiem uruchomiła ogólnopolską infolinię Zachowania Płodności pod numerem telefonu +48 793 555 238, działającą we wtorki i czwartki w godzinach 17:00 – 19:00. Chorzy, ich rodziny oraz przedstawiciele zawodów medycznych mogą tam uzyskać informacje na temat stosowanych technik zachowania płodności, a także ośrodków świadczących usługi w tym zakresie. ■

Zmiany klimatyczne odpowiadają za pandemię?



Wyniki badania, które opublikowano 5 lutego w „Science of the Total Environment”, dostarczają pierwszych dowodów na mechanizm, za sprawą którego zmiany klimatyczne mogły odegrać bezpośrednią rolę w pojawieniu się SARS-CoV-2.

Badanie ujawniło, że w ciągu ostatniego stulecia dokonały się duże zmiany w typie roślinności w południowej chińskiej prowincji Junnan oraz w przyległych regionach Mjanmy i Laosu, zmieniając je w tropikalną sawannę i lasy liściaste.

To stworzyło odpowiednie środowisko dla wielu gatunków nietoperzy. Udowodniono, że liczba koronawirusów na danym obszarze jest ściśle związana z liczbą różnych gatunków tych ssaków. Badanie wykazało, że dodatkowe 40 gatunków nietoperzy przeniosło się w minionym stuleciu do południowej chińskiej prowincji Junnan. Ten „globalny punkt zapalny” to region, w którym – jak wynika z danych genetycznych, mógł powstać SARS-CoV-2. – Zrozumienie, w jaki sposób globalne rozmieszczenie gatunków

nietoperzy zmieniło się w wyniku zmiany klimatu, może być ważnym krokiem w rekonstrukcji pochodzenia epidemii COVID-19 – powiedział dr Robert Beyer, badacz z Wydziału Zoologii Uniwersytetu Cambridge.

– Gdy zmiana klimatu zmieniła siedliska, niektóre gatunki opuściły te obszary i przeniosły się na inne, zabierając ze sobą wirusy. To nie tylko przemieściło je, ale najprawdopodobniej umożliwiło także nowe interakcje między zwierzętami i wirusami, powodując powstanie bardziej szkodliwych odmian patogenów – tłumaczy naukowiec.

Światowa populacja nietoperzy jest nośnikiem około 3 tys. różnych typów koronawirusa. Większość z nich nie może być transmitowana na ludzi, jednak są wyjątki, w tym trzy, które mogą powodować zgony: MERS-CoV (powodujący bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej, MERS) oraz SARS CoV-1 i CoV-2 (powodujące zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej, SARS).

W regionie, który zidentyfikowano w badaniach jako obszar wzrostu liczby gatunków nietoperzy, żyją również łuskowce, które – jak się sugeruje – były żywicielami pośrednimi SARS-CoV-2. Wirus prawdopodobnie transmitował z nietoperzy na łuskowce, które następnie zostały sprzedane na targu dzikich zwierząt w Wuhan. ■

Źródło: sciencedaily.com

Nowe wirusy w ludzkich jelitach

Ludzkie jelita to niezwykle różnorodne biologicznie środowisko. Oprócz bakterii żyją tam również setki tysięcy wirusów, zwanych bakteriofagami, które mogą zakażać bakterie. Brak równowagi w mikrobiomie jelitowym może przyczyniać się do chorób i złożonych schorzeń, takich jak nieswoiste zapalenie jelit, alergię czy otyłość.

W jaki sposób wirusy żyjące w jelitach wpływają na zdrowie ludzi? Znalezienie odpowiedzi na to pytanie będzie łatwiejsze dzięki wynikom badań przeprowadzonych przez grupę naukowców z Wellcome Sanger Institute oraz EMBL's European Bioinformatics Institute (EMBL-EBI). Badacze zidentyfikowali ponad 140 tys. gatunków wirusów

żyjących w ludzkich jelitach, z których ponad połowa nigdy wcześniej nie była zidentyfikowana. 18 lutego w magazynie „Cell” ukazała się publikacja, która zawiera analizę ponad 28 tys. próbek mikrobiomu jelitowego zebranych w różnych częściach świata. Liczba i różnorodność wirusów, które zidentyfikowali naukowcy, była zaskakująco duża.

– Ważne jest, aby pamiętać, że nie wszystkie wirusy są szkodliwe, ale stanowią integralną część ekosystemu jelitowego. Po pierwsze, większość z tych, które znaleźliśmy, mają DNA jako materiał genetyczny, różniący je od patogenów znanych większości, takich jak SARS-CoV-2 lub Zika – będących wirusami RNA. Po drugie, badane przez nas próbki pochodziły głównie od osób zdrowych, u których nie występowały żadne konkretne choroby. To niezwykle

zobaczyć, ile nieznanymi gatunków żyje w ludzkich jelitach i próbować zrozumieć związek między nimi a ludzkim zdrowiem – powiedział dr Alexandre Almeida z EMBL-EBI oraz Wellcome Sanger Institute.

Wśród dziesiątek tysięcy odkrytych wirusów zidentyfikowano nowy, bardzo rozpowszechniony kład – grupę tych, które mają wspólnego przodka, nazwanych przez badaczy gubafagami (Gubaphage). Okazało się, że jest to druga najbardziej

rozpowszechniona gałąź wirusów w ludzkim jelicie.

– Wysokiej jakości genomy wirusów pozwalają lepiej zrozumieć ich rolę w naszym mikrobiomie jelitowym, w tym odkryć nowe metody leczenia – podkreślił dr Luis F. Camarillo-Guerrero, pierwszy autor badania z Wellcome Sanger Institute. Obecnie badania bakteriofagów przeżywają prawdziwy renesans. ■

Źródło: sciencedaily.com

Roślinność Mauritiusa kontra chłoniak i czerniak

Na łamach „Nature” ukazał się raport opracowany przez zespół badaczy z Republiki Mauritiusa oraz Stanów Zjednoczonych, w którym można przeczytać, że ekstrakty z wybranych endemicznych roślin występujące na Mauritiusie wykazują właściwości przeciwnowotworowe i immunomodulujące.

„Wyspa Mauritius posiada wyjątkową różnorodność biologiczną roślin z potencjalnym rezerwuarem biologicznie aktywnych związków o znaczeniu farmakologicznym. W bieżącym badaniu zbadaliśmy endemiczne rodziny roślin *Asteraceae* (astrowate), *Ebenaceae* (hebankowate), *Sapotaceae* (sączyńcowate) i *Erythroxylaceae* (krasnodrzewowate, czerwikowate) pod kątem właściwości przeciwnowotworowych chłoniaka z komórek T i czerniaka B16F10 oraz właściwości immunomodulujących pierwotnych komórek T i B” – napisano w raporcie.

W badaniu określono m.in. cytotoxiczność metanolowych ekstraktów roślinnych, a także najbardziej aktywne gatunki roślin pod kątem ich efektów wywołujących apoptozę. Zbadano również ich właściwości immunomodulacyjne oraz przeprowadzono wstępne badanie fitochemiczne wybranych gatunków roślin. Okazało się, że jedna z roślin (*Psiadia lithospermifolia*) była najbardziej cytotoksyczna zarówno dla komórek EL4, jak i B16, a także wyzwalała apoptozę przez szlak receptora śmierci, a przynajmniej częściowo



przez szlak mitochondrialny. Większość gatunków roślin z *Asteraceae*, *Ebenaceae*, *Erythroxylaceae* i *Sapotaceae* hamowała namnażanie się aktywowanych komórek T i B, chociaż były też takie, które sprzyjały ich namnażaniu się. W astrowatych wykazano obecność terpenów, terpenoidów, kwasów tłuszczowych i fenolu. Flawonoidy i kwas fenolowy wykryto również w roślinach hebankowatych i sączyńcowatych. „Nasze wspólne badanie wykazało, że endemiczna flora Mauritiusa wykazuje potencjalne właściwości

przeciwnowotworowe i przeciwzapalne, warte dalszych, dogłębnych badań” – podkreślają badacze.

Badanie to dostarczyło ważnych dowodów to, że endemiczne rośliny Mauritiusa mają potencjalne właściwości przeciwnowotworowe, przeciwzapalne i wzmacniające odporność, dając podstawę do prowadzenia przyszłych prac nad wyodrębnieniem, scharakteryzowaniem i wyjaśnieniem ważnych fitochemikaliów. ■

Źródło: nature.com

Byle nie zabrakło łóżek



Sławomir Badurek

diabetolog,
publicysta medyczny

Niespójność, niekonsekwencja i nieprzewidywalność to wyróżniki rządowej walki z COVID-19. W chyboczącej się antykoronawirusowej strategii łatwo dostrzec jeden z naprawdę niewielu stałych punktów. Mam na myśli troskę władz, by dla wymagających hospitalizacji zakażonych nie zabrakło łóżek.

Każdego dnia, oprócz liczby zakażeń i zgonów, otrzymujemy także dane na temat zajętych i wolnych łóżek, z uwzględnieniem respiratorów. Nawet podczas jesienno-wiosennej fali zakażeń niezmiennie jedna informacja była pozytywna – w szpitalach jest jeszcze gdzie przyjmować chorych, w tym wymagających wspomaganego oddychania. Inną sprawą jest rzeczywista dostępność miejsc na oddziałach covidowych i każdy, kto musiał przekazywać tam chorych, doskonale wie, ile trzeba było wykonać telefonów i jak wiele czasu poświęcić, by uzgodnić przyjęcie. Rządowe media na ten temat milczały, chwalać się nowopowstałymi oddziałami i szpitalami.

Jeśli miałbym wskazać na przyczynę skoncentrowania się na wolnych łóżkach, byłyby to przerażające, najpewniej także dla członków rządu, relacje z Włoch i Hiszpanii, gdzie już po kilku tygodniach nie było gdzie hospitalizować chorych z COVID-19, a zgonów było tyle, że ciała trzeba było wywozić wojskowymi ciężarówkami i nie nadążano z pogrzebami. Możemy spekulować, czy to z troski o zdrowie obywateli, czy ze strachu o utratę władzy, ale ów łóżkocentryzm objawił się wczesną wiosną i jest z nami do dziś.

Jesienią, gdy po raz pierwszy (i ostatni?) podczas tej pandemii widmo braku miejsc w szpitalach zajaśniało nam głęboko w oczy, postanowiono skorzystać z dodatkowych bezpieczników. Po wiem z góry – nie mam nic przeciwko szpitalom tymczasowym. Z wielu różnych względów dobrze się stało, że można było przećwiczyć to rozwiązanie w praktyce. Podobnie oceniam sprawę „w boju” gotowości do zmiany profilu szpitali i oddziałów. Szczegółowa ocena to co innego. Strategia utrzymywania stałego nadmiaru łóżek dla pacjentów z COVID-19 odcięła wielu chorym możliwość leczenia. Widać to w statystykach zgonów. Obok Bułgarii mamy najwięcej w Europie tych niezwiązanych z koronawirusem. Czułym probierzem niewydolności systemu jest liczba pacjentów zgłaszanych do przeszczepień. W czasie pandemii odnotowano spadek o jedną trzecią, a w przypadku transplantacji nerki aż o ponad 40 proc.!

Wcale nie jest tak, że nie można było inaczej, a teraz, czyli niejako po szkodzie, jesteśmy mądrzejsi. Kardiolodzy, onkolodzy, neurologi i przedstawiciele wielu innych specjalności bili na alarm już wiosną, kiedy – przynajmniej u nas – nie było jeszcze zwiększonej umieralności. Nikt tych ostrzeżeń nie słuchał. Koncentrowano się na tym, co mówili zakaźnicy. Nie mam wątpliwości – popełniono błąd. Właśnie wiosną należało tworzyć szpitale tymczasowe, wzmacniając w ten sposób placówki jednoimienne. Gdyby dodatkowo NFZ zakontraktował w sektorze prywatnym choćby tylko procedury diagnostyczne, system leczenia szpitalnego pozostałby drożny w stopniu tylko nieznacznie niższym niż przed pandemią.

Czułym probierzem niewydolności systemu jest liczba pacjentów zgłaszanych do przeszczepień. W czasie pandemii odnotowano spadek o jedną trzecią, a w przypadku transplantacji nerki aż o ponad 40 proc.!

Tymczasem miotano się od decyzji do decyzji. Któryś z rządowych ekspertów skrytykował model szpitali jednoimielnych i już po chwili pojawił się zamiar ich likwidacji. Szybko okazało się, że dedykowane chorym na COVID-19 lecznice jednak pozostaną. Jednocześnie, w imię zasady „byle nie zabrakło łóżek”, zaczęto demolować strukturę pozostałych szpitali, przekształcając wybrane oddziały w zakaźne. Najczęściej taki los spotkał oddziały interny i pulmonologii, ale także wiele innych z dnia na dzień zmieniło profil. Dopiero późną jesienią zaczęto tworzyć szpitale tymczasowe, w tym czasie już niepotrzebne, a tylko generujące koszty. Wydmuszka na Narodowym to oczywiście najlepszy przykład. Decyzyjny chaos trwa w najlepsze i teraz dotyczy przede wszystkim szczepionek. Ta zmiana to, mimo wszystko, szczypta optymizmu. ■

Zamieszanie i zmęczenie



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Raz po raz dzwonią koledzy z pytaniem, czy nie zechciałbym popracować na zastępstwie w innej przychodni podczas urlopu lub choroby zatrudnionych tam lekarzy. Tymczasem sam od miesiący szukam kogoś do pomocy. Bezowocnie.

Od wielu lat, co tydzień dzielę się swoimi komentarzami w lokalnym dzienniku. W ostatnim czasie zostałem mimowolnym twórcą „notatnika wojennego”, w którym staram się relacjonować walkę z pandemią i próby organizacyjne ogarnięcia szczepień populacyjnych. Już po pierwszych dwóch tygodniach programu zrozumiałem, dlaczego całkiem spora część poradni podstawowej opieki zdrowotnej zrezygnowała z prowadzenia punktu szczepień. W celach historycznych zacytuję fragment jednego z felietonów opisujących codzienną batalię na rubieżach wielkiej medycyny:

„Już wszystko miało być na dobrej drodze. W pierwszym tygodniu zgadzały się terminy, godziny, rejestracja i dostawy dla seniorów. Aż tu nagle nastąpiło nieoczekiwane załamanie. Cała misterna wieża zawaliła się jak domek z kart. W przychodni to zaledwie trzydziestu umówionych pacjentów, którym zmieniono wizytę, ale zaufanie po raz kolejny zostało nadwyżężone. Znowu telefony i informacje do czekających na swoją dawkę. W mediach niejasne tłumaczenia o weryfikacji harmonogramów. W tle barwne konferencje prasowe premiera, ministrów, tymczasem punkty szczepień w piątkowy wieczór, już po zakończeniu pracy, zostają z jednym lakonicznym esemesem, że dostawy w poniedziałek nie będzie. Weekend zamiast odpoczynku naznaczony został przebudową grafików, a później jeszcze raz we wtorek, bo ktoś gdzieś pomylił daty. Czy tak będzie teraz co tydzień?”

Tak! Historia powtarza się, a nieustanne zmiany terminów rozsadzają normalny tryb pracy niejednej przychodni. Nie ułatwiają jej systemy „sztucznej inteligencji”, które wysyłają wiadomości z przypomnieniami, mimo wiedzy Agencji Rezerw Materiałowych, że w danym dniu szczepienie nie może się odbyć z powodu opóźnienia w wysyłce paczki z pięcioma fiolkami szczepionkowego preparatu. To powoduje nakładające

się na siebie sprzeczne komunikaty płynące z e-zdrowia i rodzimego punktu szczepień. Jak ma to zrozumieć osiemdziesięciolatek? Łatwo wówczas o konflikt, bo przecież w telewizji „mówili inaczej”. Winni zamieszania klepią trzy po trzy, gdy w przychodni jest ciągły stan alertu.

Początkowa mobilizacja zaczęła przeradzać się w marazm lub agresję. Emocje udzielają się i tym, którzy potrzebują pomocy, i udzielającym jej ratownikom, pielęgniarkom, lekarzom.

Ozdrowieńcy po zakażeniu koronawirusem zgłaszają nieustępujący objaw zmęczenia. Podobny syndrom udziela się osobom zdrowym, zamkniętym w domach, poruszającym się po wyznaczonych szlakach zakazów i nakazów, żyjącym w strachu przed kontaktami z innymi. Początkowa mobilizacja zaczęła przeradzać się w marazm lub agresję. Emocje udzielają się i tym, którzy potrzebują pomocy, i udzielającym jej ratownikom, pielęgniarkom, lekarzom. Stres obezwładnia pracodawców i pracowników. Dramatem staje się brak perspektyw, niemożność zaplanowania urlopu, wakacji z dziećmi. Niejasna jest przyszłość rozpoczętego roku. Szczepionka niczym tlen miała wyleczyć ze wszystkich demonów, tymczasem nie znamy odpowiedzi na pytanie: co dalej?

Przygotowanie się do akcji szczepień kosztowało tysiące polskich lekarzy wiele godzin nauki, aby móc sprostać nieintuicyjnym aplikacjom. Nikt nie przypuszczał, że to tylko wstęp do galimatiasu, jaki przygotowała władza. W rozmowach z kolegami szukam nadziei. Bezowocnie. ■

Ostatnia tajemnica Marszałka

Prof. Andrzej Garlicki w przedmowie do pamiętników kpt. Mieczysława Lepeckiego, adiutanta Józefa Piłsudskiego, stwierdza: „wbrew zamierzeniom autora rysuje się tu dziś przerażający obraz powolnego rozpadu osobowości. Była to jedna z najściślej strzeżonych tajemnic obozu rządzącego¹”.

Marek Kamiński

Natomiast oficjalne rozpoznanie choroby poprzedzającej śmierć Komendanta to rak wątroby. Rzecz w tym, że przy tej chorobie rozpada się wszystko, za wyjątkiem osobowości. Poza tym raka wątroby nie było sensu do ostatniej chwili wręcz paranoicznie utajniać. Osobowości – owszem.

WIARYGODNOŚĆ OFICJALNEGO KOMUNIKATU

Artykuł „O chorobie poprzedzającej zgon pierwszego Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego” opublikowano w dwutygodniku „Lekarz Wojskowy” 1 września 1935 r. Ukazał się on pod nazwiskiem płk. dr. Stefana Mozołowskiego, ale da się tutaj stosunkowo łatwo zidentyfikować wkład „cenzora-korektora”². Publikacja zajęła cztery strony. Ograniczę się tu do opisu stanu obecnego przedstawionego 24 kwietnia 1935 r. przez dr. Mozołowskiego wezwanemu z Wiednia prof. Karelowi Wenckebachowi.

„Stan obecny przedstawiłem następująco: na pierwszy plan wybijają się objawy ze strony układu naczyniowego: 1) ogólna zdolność do pracy fizycznej – zła; wstawanie z łóżka łączy się z dużym wysiłkiem; po kilku krokach całkowite wyczerpanie.; 2) zastój – duży; obejmuje obie kończyny dolne i brzuch; wątroba sięga do pępka, w jamie brzusznej gromadzi się płyn; 3) wymiarów serca nie da się stwierdzić wskutek znacznej rozedmy płuc; 4) tętno jest miarowe, do 84 w spokoju, do 100 przy wstawaniu z łóżka lub przy irytacji; tętno przed chorobą – stale poniżej 60 na minutę; 5) zastawki prawidłowe; 6) zakażenia żadnego nie stwierdzam; 7) naczynia



Józef Piłsudski (3. z lewej) opuszcza Dworzec Wschodni w towarzystwie, m.in.: żony Aleksandry Piłsudskiej, ministra Michała Butkiewicza, ministra Mariana Zawadzkiego, córki Wandy i gen. Tadeusza Kasprzyckiego 16 sierpnia 1934 r.

– miażdżyca tętnic, ciśnienie 170 max /105 min.; 8) etiologia – nieustalona. W płucach rozedma w znacznym stopniu i rozlany niezbyt oskrzeli. W moczu poza śladami białka, obfitymi moczanami i czasem kilkoma krwinkami w preparacie – zmian nie było; raz tylko w moczu z dnia 17 IV stwierdzono ponadto w preparacie 2-3 wałeczki szkliste i drobnociężne.

Pierwsze zasadnicze wątpliwości budzi punkt 6. Zakażenia można stwierdzić albo wykluczyć wyłącznie ze wskazaniem konkretnego układu bądź narządu. Zakażenia – zwłaszcza „żadnego” – u chorego w tak ciężkim stanie klinicznym wyeliminować nie sposób. Chyba że chodziło o zakażenia ledwie wydolnego układu krążenia.

Jeśli tak, to wtrącenie to, choć medycznie niezrozumiałe, byłoby wytłumaczalne politycznie, jako że wtedy układ krążenia „zakażał” się głównie za sprawą kiły sercowo-naczyniowej (*Lues cardiovascularis*).

Natomiast zupełnie bez sensu jest punkt nr 8, czyli „etiologia – nieustalona”. Nie ma wątpliwości, że jest to wynik nieudolnej ingerencji cenzora, który wykreślił opis kłopotliwej obserwacji klinicznej, nie przedłużając kreski za „8)” i komentarz „etiologia – nieustalona”. Po „nieustalonej etiologii” mamy opis płuc, po którym powinno nastąpić badanie brzucha, zwłaszcza że właśnie tam znajdował się oficjalny rak wątroby. A tu o brzuchu ani słowa, nie mówiąc o szczegółowym badaniu wątroby, której powiększenie napomknęto mimochodem jako miernik niewydolności krążenia. Nie ma też obowiązkowego badania neurologicznego, mimo że Marszałka badał i referował jego stan prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Natomiast ni to z gruszki, ni z pietruszki mamy rozwlekły opis praktycznie normalnego moczu.

Wygląda na to, że cenzor dosłownie w ostatniej chwili się zorientował, że informację obejmującą prawie 22 proc. „stanu obecnego” podważają końcowe rozpoznanie bądź zdradzają prawdziwe. Tak więc kłopotliwe kwestie bezceremonialnie wykreślił, przeoczywszy „8)” – etiologia nieznana, a powstała dziurę po prostu wypełnił informacjami o moczu.

SEKCJA I BALSAMOWANIE ZWŁOK

W niedzielę 12 maja 1935 r. o 20:45 umiera Marszałek. Przez kolejne cztery godziny następują pożegnania. Następnie odbywa się sekcja zwłok i ich balsamowanie, co



Krynica, styczeń 1934 r. Przejazdka saniami.
Siedzą od prawej: Wanda Piłsudska,
Józef Piłsudski, Jadwiga Piłsudska.

wymagało wymiany krwi na konserwujący roztwór, „odrzućcia” organów wewnętrznych za wyjątkiem serca i mózgu, i wykąpania pozostałości w mieszance glicerynowo-octowej. W normalnych okolicznościach dokonano by tego w prosek-torium, chociażby niedalekiego Szpitala Ujazdowskiego. Ale tu chodziło o jedną z najściślej strzeżonych tajemnic obozu rządzącego. Dlatego już w trzy godziny po śmierci rozpoczęto sekcję i balsamowanie na stole belwederskiej sali konferencyjnej. Bez odpowiedniego oświetlenia, wentyla-cji, specjalnego stołu i hydrauliki umożliwiającej utrzymanie choćby minimalnej higieny i estetyki, nie mówiąc o szacunku dla zwłok i wrażliwości obecnych w ich wciąż jeszcze wspólnym domu żony i córek.

W sekcji uczestniczyli wszyscy zajmujący się chorym lekarze. Oficjalnie protokołował dr Czyż, nieoficjalnie zaś dyżurujący adiut-tant, rotmistrz Hryniewicz, któremu po-zwolono pozostać na sali. W nieoficjalnym protokole znalazło się stwierdzenie: „Serce: normalne, tylko aorta niegdyś owrzodzona ma nieliczne zwapnienia, kształtu i wyglą-dem podobne do podobnych oznak spo-tykanych u drzew niektórych jak łozina, wierzb, lipa”³.

Proszę zwrócić uwagę, że aortę główną opisano jako niemalże część serca. Jest to o tyle istotne, że lokalizuje opisane zmiany w aorcie wstępującej. Słowo „tylko” ma tu podkreślać zdrowie serca i bagatelizować owrzodzenie oznaczające nic innego jak kiłowe zapalenie aorty, główną składo-wą kiły sercowo-naczyniowej. W tamtych czasach pofałdowanie powierzchni pierw-szych kilku centymetrów aorty było dla pa-tologów niemalże codziennością.

CZY KOMENDANT MIAŁ ZAPALENIE MÓZGU?

Powyższa obserwacja rozstrzyga jedno-znacznie kwestię rozpoznania choroby Piłsudskiego jako późną kiłę naczyniową. Rzecz w tym, że zwykle kiła późna atako-wała co najmniej dwa albo i trzy układy. Podstawowym jest zatem pytanie, czy miał on również kiłę układu nerwowego, zwaną porażeniem postępującym.

A. Hryniewicz zapisał: „Mózg waga 1460 g, normalny o pięknych zwojach silnie uwydatnionych. W tym momencie, kiedy ponad wszelki wyraz strasza kończyła się i grozą przejmująca funkcja wydobywania mózgu z oskalpowanej czaszki i opitowanej przy niesamowitym odgłosie zgrzytu piły, młotka i innych narzędzi użytych do tego celu, vice minister Piestrzyński, b. lekarz przyboczny Komendanta z pierwszych lat powojennych, zadaje głupie pytanie: »Czy Komendant nie miał zapalenia mózgu?«. Gen. Wieniawa-Długoszowski oburzył się na to bez sensu i taktu zapytanie byłego lekarza Komendanta”⁴.

Dr Piestrzyński⁵ bez wątplenia od dawna był świadomy istoty zdrowotnych proble-mów Piłsudskiego, zresztą takich pytań nie zadaje się bez konkretnego podejrze-nia. Wygląda na to, że zapytał on o coś, co wszystkich nurtowało, mianowicie, czy od

lat postępujący powolny rozpad osobo-wości był spowodowany podejrzanym zapaleniem mózgu. A rozpad ten rzeczywi-ście był przerażający. Oto jego przykłady z trzech niezależnych źródeł:

M. Lepecki (styczeń 1932): „O trzeciej poszedłem do sypialni i zająłem przez drzwi do gabinetu. Marszałek siedział w tej samej pozie, w jakiej pozostawiłem Go przed godziną. Tylko wyraz twarzy miał jakiś inny i gniewny. W pewnej chwi-li szepnął coś sam do siebie, jakby robiąc komuś wyrzut, po czym, niby w odpowie-dzi na niedostatecznie wyjaśnienie spraw, złożył rękę w pięść i uderzył nią z całej siły w stolik (...) Marszałek wciąż rozprawiał z jakimś niewidocznym przeciwnikiem, Groził mu, to znów sztychł lub bił pięścią w stolik. Zrobiło mi się nieswojo.”⁶.

Anthony Eden (2 kwietnia 1935): „Z trud-nością usiłowałem nawiązać kontakt z tą uświęconą i zaledwie wymawiającą słowa postacią”⁷.

A. Hryniewicz (23 kwietnia 1935): „Sta-łem przez cały czas nieposkromionego wybuchu złości na tarasie z Panią Marszał-kową w drzwiach (...). Na zakończenie tej sceny, jak gdyby obudzony z oszołomienia do rzeczywistości, patrząc na Komendan-tową badawczo, jakie to czyni na niej wra-żenie, usłyszałem: - >> Chcecie mnie zamę-czyć tą ciągłą swoją opieką !!! Chcecie mnie zabić!! ... parszywcy!!!”⁸.

Powyższe sytuacje to niemalże pod-ręcznikowe opisy umysłowego aspektu porażenia postępującego. Wyłącznie na ich podstawie można by z dużym praw-dopodobieństwem rozpoznać to scho-rzenie. Kiłowe zmiany w aorcie i pytanie dr. Piestrzyńskiego redukują prawdo-podobieństwo innej etiologii opisanych zachowań praktycznie do zera. Tak więc co najmniej od stycznia 1932 r. Józef Piłsudski chorował na porażenie postę-pujące, chorobę mogącą według obo-wiązującego tak wtedy, jak i dziś prawa, stanowić podstawę sądowego uznania nie poczytalności⁹.

Z tym, że Piłsudski był wtedy w Polsce ponad wszelkimi prawami. Poza jednym. Prawem biologicznej śmiertelności. ■

¹ A. Garlicki, przedmowa do: M. Lepecki, „Pamiętnik adiutanta Marszałka Piłsudskiego”, Warszawa, 1987

² Moim zdaniem był to gen. dr Sławoj Składkowski. Z wykształcenia lekarz, który decydował o ostatecznej formie tak ważnego doniesienia w bezpośrednio podlegającym mu periodyku „Lekarz Wojskowy”

³ A. Hryniewicz, „Dziennik adiutanta Marszałka Józefa Piłsudskiego”, „Zeszyty Historyczne”, Paryż, 1988, 85, s. 75-138

⁴ A. Hryniewicz, op. cit., s. 135

⁵ Dr Eugeniusz Piestrzyński był nie tylko lekarzem Komendanta, ale także jego bliskim przyjacielem i świadkiem na jego ślubie z Aleksandrą, za: A. Garlicki, „Piękne lata trzydzieste”, Pruszyński s S-ka, Warszawa 2008, s. 196

⁶ M. Lepecki, op.cit., s. 100

⁷ A. Garlicki, „Józef Piłsudski 1867–1935”, Kraków, 2012, s. 1041

⁸ A. Hryniewicz, op. cit., s. 113

⁹ J. Bafia, Kryspin Miodulski, Mieczysław Siewierski, „Kodeks karny. Komentarz”, Wydawnictwo Prawnicze, 1977, teza 20, s. 104



Agata Morka
historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Po cichu

Historia sztuki pełna jest nagich ciał, to nieustający korowód pup, piersi i zaróżowionych policzków. Leżący portret kobiety to klasyk gatunku: od „Odaliski” Ingresa po „Olimpię” Maneta, kobiece ciało kusilo i prowokowało. Aż tu Paula Rego narysowała je z zupełnie innej perspektywy.



Obraz: Paula Rego, „Bez tytułu”,
Tryptyk, panel boczny, 1998



Latem 1998 r. Paulę Rego, jedną z najwybitniejszych współczesnych malarek, ogarnął gniew na to, co działo się w jej ojczyźnie. Jak na artystkę przystało, emocje przekuła na kreatywny projekt. Tak powstała seria kilkunastu rysunków. Wszystkie mają za bohaterki kobiety. Cykl był bezpośrednią odpowiedzią na przegrane referendum w sprawie legalizacji aborcji w Portugalii. Rego przygląda się w nim zabiegom wykonywanym nie w szpitalach czy gabinetach lekarskich, ale w mrocznych, anonimowych wnętrzach.

Na jednym z rysunków, będącym skrzydłem tryptyku, widz postawiony został w sytuacji niby odwiecznie w historii sztuki znanej. Patrzy na kobiece ciało, w pozycji leżącej, Rego z premedytacją gra tutaj na dobrze znanych konwencjach. A jednak nie jest to ciało triumfujące w swojej piękności. To ciało bolesne: jedną ręką kobieta podtrzymuje podkurczone nogi, zakładając stopy na siebie. Nie jest to również ciało nagie: kobieta ma na sobie krótką, dzienną sukienkę, jakby została złapana w środku zabieganego dnia.

Głowę położyła na boku tak, że widzimy tylko jej profil. Nie spogląda

w oczy widza jak Odaliska czy Olimpia, patrzy raczej w głąb siebie. Kółka przy nogach łóżka każą sądzić, że poddana została zabiegowi, jednak nic więcej we wnętrzu nie sugeruje lekarskiego nadzoru. Na postawionym w nogach łóżka krzesło nikt nie siedzi, kobieta jest tak bardzo sama.

Widz staje się jedynym świadkiem jej cierpienia. Rego gra tutaj z estetyką braku: nie ma tu krwi, nie ma teatralnych gestów, nie ma krzyku. Subtelny dramatyzm sceny uderza jednak w widza, mimo że wszystko odbywa się tutaj po cichu. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 02/2021

1. Zmniejszenie objętości włosów postaci w centrum.

Uczesanie postaci kobiecej nawiązywać ma zapewne do fryzur Marii Antoniny. Upowszechniony przez nią styl, tzw. pouf, polegał na drapowaniu włosów w wysokie nawet na 1,5 m „kominy”, obficie posypane pudrem.

2. Usunięcie zdobionych paneli ze ścian po bokach.

W oryginalnym ujęciu ściany pomieszczenia były bogato zdobione,

nawiązując do tradycji rokoka, która spójna jest z resztą przedstawienia.

3. Przedłużenie spodni chłopca tak, by sięgały mu do kostki.

Spodnie sięgające za kolana były elementem mody męskiej okresu rokoka, zatem przedłużenie ich nie byłoby adekwatne.

4. Dodanie czaszki krowy u stóp postaci kobiecej.

W ramach projektu przygotowanego dla fundacji Gates’a Sinclair stworzyła jeszcze jedno ujęcie postaci kobiecej, gdzie widać krowią czaszkę. Jej obecność przypominać ma o powiązaniach



Obraz: Alexia Sinclair, „Variola Vera”, Bill and Melinda Gates Foundation, 2014

szczepionki na ospę z badaniami ospy krowianki, które zainspirowały Jennera do eksperymentów.

NAGRODZENI Z „GL” 02/2021: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Anna Bednarz z Siedlisk**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Małgorzata Książek-Chadała (Chełm)**, **Radosław Łupkowski (Jasło)**, **Maja Waszak (Warszawa)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 15 marca 2021 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

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju ufundował voucher obejmujący m.in.:

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego ufundowało książki:

- 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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

KULTURA

Konkurs



PhotoArtMedica



Lubelska Izba Lekarska i Uniwersytet Medyczny w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski ogłaszają X Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Honorowy patronat nad nim objęli prezes NRL, prezes ORL w Lublinie i rektor UM w Lublinie. Nadsyłanie prac do 30 października. ■



„Mediterraneo”, prof. Francesco Carracchia, chirurg szczękowo-twarzowy, (Palazzolo Acreide, Włochy), uczestnik Salonu PhotoArtMedica 2018



www.photoartmedica.pl

GazetaLekarska.pl



NASZA CZYTELNIJA

Leczenie chorób infekcyjnych

Redakcja naukowa: John W. Wilson, Lynn L. Estes
(red. nauk. pol. wyd.: Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat)

Człowiek w sytuacji zagrożenia zdrowia z perspektywy psychosomatyki

Redakcja: Ewa Wilczek-Rużyczka



Przewodnik dla lekarzy, którzy w codziennej praktyce mierzą się z zakażeniami zarówno u dorosłych, jak i dzieci. W publikacji znajdziemy informacje na temat leczenia zakażeń wywołanych przez określone drobnoustroje, podstawowych właściwości leków przeciwdrobnoustrojowych oraz ich dawkowania, a także profilaktyki, diagnostyki i terapii zakażeń bakteryjnych, grzybiczych i wirusowych.



Opracowanie składa się z 11 artykułów dotyczących różnych wymiarów zdrowia: psychologicznego, fizycznego, duchowego, społecznego oraz publicznego. W monografii poruszono m.in. problematykę wypalenia zawodowego w kontekście jego zapobiegania, wpływu stresu na mikrobiotę, a także wykorzystania ćwiczeń ruchowych w profilaktyce i leczeniu chorób u dzieci i dorosłych.

SPORT

**Mistrzostwa**

13 marca odbędą się 4. Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce (Hala Sportowo-Widowiskowa „Arena” w Toruniu), które będą organizowane równolegle z 30. Halowymi Mistrzostwami Polski Masters w Lekkiej Atletyce. Na 5 czerwca są zaplanowane 5. MPL w Wielobojach Lekkoatletycznych (Stadion Miejski w Toruniu), a w dniach 19-20 czerwca odbędą się 10. MPL w Lekkiej Atletyce (Stadion Miejski w Olsztynie). ■

Mimo pandemii

Pomimo utrudnień związanych z pandemią, 14 lutego odbyły się XXX Polonijne Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Rozegranym w stanie Wisconsin (USA) zawodom towarzyszyła bardzo mroźna pogoda z odczuwalną temperaturą -34 st. C. Honorowy patronat sprawował Konsulat Generalny RP w Chicago. ■

FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

GazetaLekarska.pl

**Neurochirurg**

Jay Jayamohan

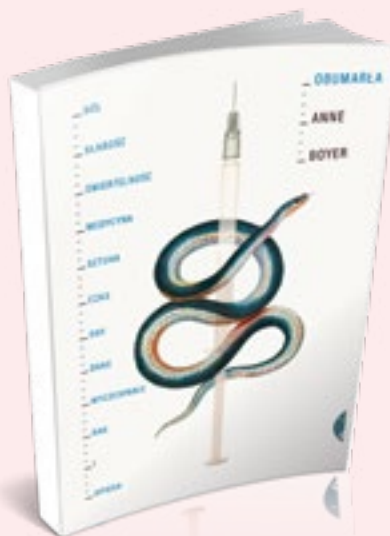
Opowieść neurochirurga dziecięcego z ponad 20-letnim stażem o jego codziennej walce na sali operacyjnej o życie małych pacjentów. O sukcesach, ale i porażkach, bo te przecież pamięta się najbardziej. I przede wszystkim o tym, by iść dalej pomimo nawet strasznych niepowodzeń. Jay Jayamohan pracuje w szpitalu im. Johna Radcliffe'a w Oksfordzie w Anglii. Jest znany nie tylko ze swoich świetnych umiejętności chirurgicznych, ale także z tego, że do swoich podopiecznych podchodzi z ogromną empatią.

**Obumarła.**

Ból, słabość, śmiertelność, medycyna, sztuka, czas, sny, dane, wyczerpanie, rak i opieka

Anne Boyer

Przenikająca do szpiku kości osobista relacja z doświadczenia chorowania. To intymny dziennik zmagania z nowotworem, odarty z marketingowej otoczki tzw. kultury różowej wstążki. „Po wiadomości o raku mało co jest tym, czym jest. Pielęgniarki wręczają mi lśniąca broszurę ze zdjęciem uśmiechniętej srebrnowłosej kobiety na okładce. Tytuł brzmi „Your Oncology Journey”, ale jestem pewna, że to nie moja wycieczka – pisze Anne Boyer.



POEZJA

Agatka

(dla M.)

tak długo czekała żeby się urodzić
skulona z zimna gdzieś między światami
czy tylko w nocy słyszałaś jak woła
nie bój się przecież jestem
zabierz mnie do siebie
nie bój się przecież jestem
tym razem się uda
waleczna córka wojowniczkii
wytrwała siostra swoich sióstr i braci
trzy i pół kilo tęsknoty i lęku

nareszcie ciepło

Kawałek szczęścia

kawałek słońca oddam w dobre ręce
znalazłam wczoraj na trawie
oswojone nie gryzie
ciepłym jęzorem lubi lizać palce
mało wymagające
wystarczy mu tylko poduszka
lub trochę wody w szklance

nie może zostać ze mną zbyt długo

mam nadwrażliwość na szczęście

GazetaLekarska.pl



BARBARA RYSZ-POSTAWA

Laureatka IX edycji Ogólnopolskiego
Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja
Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”.
III miejsce w kategorii poezja.

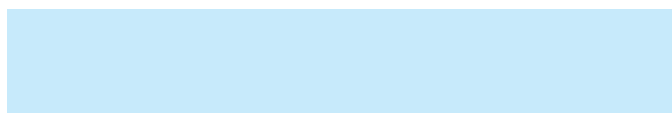
Urodziła się w Krakowie, ukończyła Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Jest onkologiem klinicznym. Stara się leczyć ludzi, nie ich choroby. Od wielu lat z pasją uprawia qigong – chiński system ćwiczeń prozdrowotnych. Pisze od dzieciństwa, ale sporadycznie – czasem wiersze, czasem prozę. W konkursie literackim po raz pierwszy wzięła udział w 2016 r. i otrzymała wówczas wyróżnienie. W VII edycji konkursu w 2018 r. jeden z jej wierszy zajął drugie miejsce.

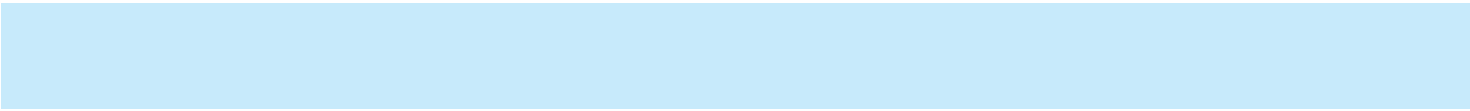


Przychodzi
wena
do lekarza

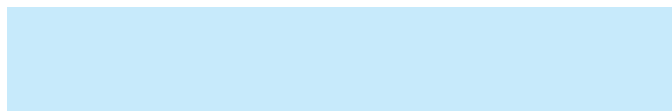
Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

Ogłoszenia





Ogłoszenia



ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W GDAŃSKU, ROCZNIK 1974-1980

17 kwietnia br., 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 7 kwietnia. Rezerwacja pokoi indywidualna z rabatem na hasło „BAL 1980”, tel. (58) 520 60 37. Kontakt: Anna Skuratowicz-Kubica (tel. 513 773 028, e-mail: a.skuratowicz@wp.pl), Janusz Sędzikowski (tel. 601 682 979, e-mail: pean@tlen.pl).

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO (1971) I ODDZIAŁU STOMATOLOGII (1970) AM W POZNANIU

Jubileusz 50-lecia! Zapamiętajcie datę: 17 września b.r. Na adres mailowy dostaniecie kartę zgłoszenia na spotkanie. Miejsce spotkania: Aula Lubrańskiego UP lub Centrum Kongresowe UMP, Poznań tel. 600 027 047

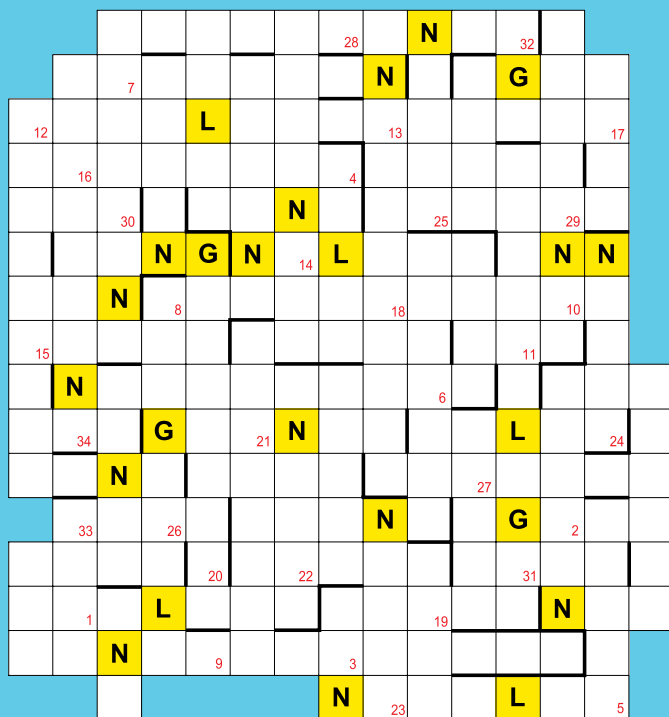
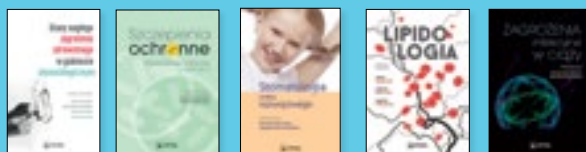
A. Baszkowski

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



**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści,
wiedza i zaangażowanie.**

**Zachęcamy do odwiedzenia strony pzwl.pl i zapoznania się
z nowościami wydawniczymi oraz ofertami specjalnymi.**



Objaśnienia 69 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: G, L i N. Na ponumerowanych polach ukryto 34 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to cytat z Mateo Alemána, hiszpańskiego pisarza powieści lotrzykowskiej. Hasło należy przesać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 marca 2021 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* wybitny kardiolog Instytutu Gruźlicy w Warszawie (1929-2020)
* góruje nad Szklarską Porębą * prązek (łac.) * Leonhard, sławny matematyk szwajcarski * film komputerowy z Chudym i Buzzem * świrzepa z trzajkami nasionami * gród w powiecie szamotulskim * ja jednostki ludzkiej * kuchenna siekierka * wieszak i ścinak * jednostka kodu genetycznego * nie wódz nas na nie * zabieg ręczny * siatka po serwie * *funiculus umbilicalis* * krwi Londona * zamykają szafkę * schorzenie obwodowego układu nerwowego * kłatwy, czary * płynie przez Bihać * między fransem a aktywnym * nauka z wykopaliskami * serce w talii * stadnina koni pod Poznaniem * dawne posiedzenie sądowe * succus * grupa etniczna * alkaloid korzeni rauwolfii żmijowej * antylopa Derbiego * Sychem obecnie * Zdrój w gminie Bystrzyca Kłodzka * instytut utworzony w 1999 r. * zanik * druga wyspa Włoch * między zwrotkami * leczenie

ruchem i gimnastyką * tkanina meblarska * *Enterobius vermicularis* * stolica Magnezji * jelerz czytał * uszkodzenie krążka międzykręgowego (łac.) * najstarsze miasto Słowacji * colica * poprzeczka przeszkody na torze jeździeckim * port przy Wielkiej Rafie Koralowej * ketonowe, poległych lub niebieskie * beżlik, natłok * pus * pierwsza całodobowa telewizja informacyjna * młody Stalin dla bliskich * alkaloid w herbacie * nowozelandzki tubylec * dziesięcionóg ze szczypcami * pies, który poszedł w las * partnerka Kalego * korygują wady wzroku * człowiek Dinka lub Masaj * zmniejszają polaryzację elektrod * Państwo Islamskie * sandały damskie * lamblioza * szwedzki cel promu ze Świnoujścia * świeży, wodny wyciąg roślinny * sławna willa Szymanowskiego * wolny, pierwsze starcie * zaburzenie szlaku metabolicznego * płynie w Pizie * obok epiki i liryki * domena Hypnosa

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki Lekarskiej nr 260 („GL” nr 12/2020-01/2021)
Człowiek nie mądrzeje na starość, ale staje się ostrożny.**

Nagrody otrzymują:

Konrad Garbacz (Lublin), Wanda Kruszevska-Śliwińska (Warszawa), Maria Niebrzydowska (Białystok), Katarzyna Pacholak (Poznań), Anna Pomykacz (Koszycy Wielkie). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody przesłany pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 177 700 egz.

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. 696 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.tarczynska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Olga 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 Sokotowska (Płock), Jarosław Wanecki (Płock)

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

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

