



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

05 | 2022

VIII kadencja → IX kadencja

**Zjazdy lekarzy – wyobrażenia i rzeczywistość | Trudne cztery lata
Przystanek życia | Jak pomagać pacjentom doświadczającym efektów wojny?**

W tym numerze

NR 05/2022 MAJ GAZETA LEKARSKA



52 **REPORTAŻ**
Przystanek życia

8

A nie mówiłem?
– felieton
zręczliwy

28

Granica
kompetencji
lekarza
rodzinnego



64 **PRAKTYKA LEKARSKA**



PRAKTYKA LEKARSKA

Kiedy praca lekarza dentysty nie jest
pracą w szczególnych warunkach?

Samorząd

- 4 Sukcesy i porażki (Andrzej Matyja)
- 6 Nowelizacja Kodeksu karnego
- 8 A nie mówiłem? – felieton zręczliwy (Krzysztof Madej)
- 10 Nowe władze w okręgach
- 11 Zjazdy lekarzy – wyobrażenia i rzeczywistość
- 18 Trudne cztery lata

Temat numeru

- 22 Fakty i liczby
- 23 Woja trwa
- 26 Sonda

Prawo i medycyna

- 28 Granica kompetencji lekarza rodzinnego

30 Praca w szczególnym charakterze

- 32 Kiedy praca lekarza dentysty nie jest pracą w szczególnych warunkach?

Praktyka lekarska

- 36 Przedostatnia prosta (Andrzej Cisko)
- 37 KS NRL o ręci
- 39 Biuletyn
- 46 Pleśń może infekować ludzi
- 47 Zarządzanie szpitalem
- 50 Sieć rozwiąże problem kolejek?
- 52 Przystanek życia
- 55 Jak pomagać pacjentom doświadczającym efektów wojny?
- 56 Wiadomo, jak powstaje rak

57 Tnij i sprawdzaj

- 60 Cierpi ciało, umysł i relacje
- 63 Najważniejsze jest wsparcie
- 64 Kiedy koniec pandemii?

Po godzinach

- 66 Czary-mary i pospolite ruszenie (Sławomir Badurek)
- 67 Partia PESEL (Jarosław Wanecki)
- 68 Czy wybrańcy Melpomeny umierają młodo? (cz. I)
- 70 Mała psychoza
- 72 Bez narkozy
- 74 Kultura
- 76 Sport
- 77 Zjazdy koleżeńskie
- 78 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

Sukcesy i porażki



Andrzej Matyja
prezes NRL

Zamykamy rozdział pod nazwą „VIII kadencja”, otwieramy kolejny. Są obszerne sprawozdania. Będą gorące dyskusje i spory. Na XV Krajowym Zjeździe Lekarzy wyłonione zostaną władze IX kadencji. Jak co cztery lata – coś się kończy, coś zaczyna... Nad tymi rytualnymi zdarzeniami unosi się pytanie o przyszłość samorządu lekarskiego.

W mijającej kadencji było kilka znaczących zdarzeń prowokujących zadanie takiego pytania. Czytelne były działania Ministerstwa Zdrowia obliczone na konfliktowanie środowiska lekarskiego i – szerzej – medycznego. Doświadczaliśmy tego przy okazji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, sporów wokół wynagrodzeń, tworzenia nowych zawodów medycznych czy dodatków covidowych w czasie pandemii. W tle był dyskretnie przemilczany i nienazwany, choć odczuwalny i „rozgrywany” przez władze, konflikt międzypokoleniowy. Na to nakłada się jeszcze spór między „szpitalnikami” a POZ i AOS – u jego podłoża leży, w istocie, rywalizacja o pieniądze, czyli – mówiąc bardziej elegancko – o zasoby.

W tej sytuacji jako środowisko powinniśmy szczególnie dbać o naszą jedność, ponieważ to ona daje nam siłę. A musi to być siła i wytrwałość długodystansowca. Naszym celem, jako izby zaufania publicznego, jest sprawowanie pieczy nad jego należytych wykonywaniem – jak mówi konstytucja – w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

To nas wyróżnia na tle branżowych organizacji środowiskowych i związkowych, i powinno być spoiwem dla naszej zawodowej wspólnoty.

Istnienie samorządu zawodu zaufania publicznego to przywilej i wartość, również ustrojowa państwa demokratycznego i obywatelskiego. Dlatego bardzo niepokojące były informacje o niskiej frekwencji wyborczej, jakie napływały z niektórych izb. To niebezpieczny

sygnał. Być może można to złożyć na karb anachronicznych form głosowania, a być może problem tkwi gdzie indziej. Teraz jesteśmy skazani na domysły, a warto głębiej poznać istotę sprawy. Należy to dokładnie zbadać i przeanalizować w poszczególnych izbach okręgowych. Wnioski dla wszystkich będą pouczające.

Faktem jest, że współpraca z Ministerstwem Zdrowia nie układa się najlepiej. W minionej kadencji mieliśmy dwóch szefów tego resortu. Początki współpracy z nimi były niemalże identyczne. Wizyty w siedzibie NIL. Deklaracje współpracy. Obietnice. Zapowiedzi powołania wspólnych zespołów do rozwiązania spraw pilnych i ważnych. Z biegiem czasu deklaracje coraz bardziej rozmiękały się z rzeczywistością, choć – trzeba przyznać – udało się wprowadzić kilka rozwiązań zgodnie z naszymi postulatami. Dotyczyło to szczegó-

łowych kwestii, zwłaszcza w pierwszej fazie pandemii, ale w większości nasze postulaty nie znajdowały zrozumienia na poziomie władz resortu. Zdarzało się, że w końcu padły na podatny grunt, choć zdecy-

Nasza skuteczność zależeć będzie od siły, jedności i spójności samorządu. Ich brak będzie źródłem porażki.

dowanie za późno.

VIII kadencja ma na swoim koncie kilka spektakularnych propozycji legislacyjnych, które teraz nie zyskały aprobaty decydentów, ale w bardziej sprzyjających warunkach będzie można położyć je na stole.

Do osiągnięć samorządu mijającej kadencji zaliczyć możemy rozpoczęcie dyskusji na temat klauzuli dobrego Samarytanina – przepisów, które miały ograniczać odpowiedzialność karną, cywilną i zawodową lekarzy biorących udział w walce z rozprzestrzenianiem się epidemii koronawirusa.

Podjęliśmy walkę z zaostrzeniem prawa karnego wobec lekarzy (art. 155 kodeksu karnego i art. 37 a k.k.). Walka jest częściowo zwycięska i toczy się dalej.

W NIL powstał projekt ustawy o biegłych sądowych, który w styczniu 2021 r. przekazany został Prezydentowi RP Andrzejowi Dudzie z prośbą o zgłoszenie przez niego inicjatywy ustawodawczej. Wypracowaliśmy projekt ustawy dającej lekarzom ochronę taką jak funkcjonariuszom publicznym, a także mamy gotową inicjatywę legislacyjną zmierzającą do przyznania lekarzom prawa do płatnego urlopu dla poratowania zdrowia. Projekty są gotowe i do wykorzystania, gdy tylko będzie taka możliwość.

Na liście osiągnięć VIII kadencji można też zapisać opracowanie wytycznych udzielania świadczeń telemedycznych, propozycję rozwiązań systemowych porządkujących sferę medycyny estetycznej, czy sprawy dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Pozytywne rozstrzygnięcia zapadły też w kwestii separatorów amalgamatu.

Nie udało się natomiast zrealizować postulatów związanych z wynagrodzeniami w podmiotach leczniczych. Trwa batalia o no-fault, a także o zmobilizowanie organów państwowych, by w zdecydowany sposób zwalczały pseudonaukowe metody leczenia.

Nie zdołaliśmy powstrzymać ustawodawcy przed wprowadzeniem uproszczonego trybu uzyskiwania uprawnień do wykonywania zawodu przez lekarzy z dyplomem spoza Unii Europejskiej. W rezultacie do leczenia polskiego pacjenta dopuszczane są osoby bez rzetelnej weryfikacji kwalifikacji zawodowych oraz znajomości języka polskiego.

Lista spraw do załatwienia w IX kadencji jest długa. Zaliczyć do nich trzeba problemy: braku kadr, systemu wynagradzania w publicznej ochronie zdrowia, niedostatecznego finansowania ochrony zdrowia, kształcenia przed- i podyplomowego, nowych zawodów medycznych (które zamiast rozwiązać problemy wygenerują nowe), a także nadmiernej sprawozdawczości.

Mamy więc do czynienia ze splotem złych rozwiązań prawno-organizacyjnych i finansowych, które grożą dramatycznym obniżeniem poziomu świadczeń medycznych w publicznej ochronie zdrowia. Efektem będzie „wykluczenie zdrowotne” szerokich grup społecznych, czyli wypchnięcie ich poza sektor publiczny z poważnymi konsekwencjami dla zdrowia publicznego i nie tylko.

O tych uwarunkowaniach musimy mówić głośno i dobitnie. Nie mamy bezpośredniego wpływu na ich poprawę, ale jesteśmy, zarówno my, jak i pacjenci, zakładnikami polityków i decydentów – ich decyzje przesądzą o bezpieczeństwie pacjenta i warunkach wykonywania naszego zawodu. Konstytucja wymaga od nas reakcji w interesie publicznym.

Nasza skuteczność zależeć będzie od siły, jedności i spójności samorządu. Ich brak będzie źródłem porażki. ■



**Alicja
Szczypczyk**



**Rafał
Hołubicki**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Nowelizacja Kodeksu karnego

Samorząd lekarski sprzeciwia się kolejnej w przeciągu ostatnich kilku lat próbie zaostrzenia odpowiedzialności karnej lekarzy za nieumyślne spowodowanie śmierci z art. 155 Kodeksu karnego. Nowy projekt ustawy przewiduje podwyższenie zagrożenia karą pozbawienia wolności do wymiaru od 6 miesięcy do 8 lat (obecnie: od 3 mies. do 5 lat).

W stanowisku z 24 marca br. PNRL stwierdza, że nie do przyjęcia jest tak surowa sankcja w stosunku do lekarza, który swój czyn popełnił często na skutek nadmiernego obciążenia pracą, dużej liczby pacjentów, złej organizacji systemu, braków kadrowych czy wreszcie konieczności nadzoru nad lekarzami spoza UE, których kwalifikacje zawodowe i umiejętności językowe nie są kompleksowo weryfikowane przed dopuszczeniem do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Nieustannie samorząd lekarski podkreśla, że zmiany w k.k. mogą zwiększyć migrację lekarzy oraz wywołać zjawisko tzw. medycyny asekuracyjnej.

W ocenie PNRL w regulacjach karnoprawnych należy zupełnie inaczej oceniać pospolite przestępstwa, a inaczej nieumyślny błąd lekarza działającego w dobrej wierze, w czasie niesienia pomocy medycznej. Szczególnie, że w zapowiadanej ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta brakuje obiecanego przez ministra zdrowia realnego systemu no-fault. ■

Minimalne wynagrodzenia w OZ

Projekt ustawy z 1 kwietnia dotyczących minimalnych wynagrodzeń w ochronie zdrowia wciąż nie realizuje wieloletnich postulatów samorządu lekarskiego, w tym wybrzmiały podczas protestu pracowników zawodów medycznych z 2021 r. Zaproponowane współczynniki pracy w istotny sposób odbiegają od oczekiwań. Ustawa nie daje również gwarancji, że podmioty lecznicze będą miały zapewnione finansowanie tych podwyżek i nie będą musiały pokrywać ich kosztów jedynie ze środków na bieżącą działalność.

Ponadto, zawarty w projekcie współczynnik dla lekarzy specjalistów jest niższy od ustalonego na mocy porozumienia zawartego w 2018 r. przez ministra zdrowia z Porozumieniem Rezydentów. Zdaniem prezesa NRL resort celowo pomija ten fakt.

Samorząd lekarski od wielu lat apeluje o ustawowe określenie szybkiej ścieżki dojścia do oczekiwanych poziomów min. wynagradzania: 3-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalistów oraz 2,5-krotności dla tych w trakcie specjalizacji, przy czym obecne wynagrodzenie specjalistów nie powinno być niższe niż 2-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia.

PNRL w stanowisku z 15 kwietnia br. negatywnie zaopiniowało ww. projekt, wskazując, że niski poziom wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia będzie w dalszym ciągu pogłębiać kryzys kadrowy. ■

Lekarze spoza UE

Wielokrotne próby wprowadzenia zapisów ułatwiających dostęp lekarzy spoza UE do zawodu w Polsce, które wcześniej udało się skutecznie oprotestować, znalazły swój finał w tzw. ustawie covidowej.

W przepisach, które pozwalają uzyskać warunkowe PWZ na okres 5 lat, zabrakło wymogów dot. weryfikacji kwalifikacji i znajomości jęz. polskiego. W tym czasie lekarze cudzoziemcy zainteresowani kontynuacją pracy w Polsce powinni nostryfikować dyplom, z czego resort zdrowia powoli zaczyna się wycofywać, twierdząc, że czas ten jest wystarczający, aby zapoznać się z polskim systemem ochrony zdrowia, z językiem i uzupełnić swoją wiedzę.

Po „odwołaniu” pandemii, MZ za-komunikowało, że od 1 kwietnia zaprzestaje wydawać zgody na pracę w szpitalach covidowych umożliwiające ubieganie się o przyznanie warunkowego

PWZ. Jednakże, wojna w Ukrainie i napływ uchodźców do Polski spowodowały wprowadzenie kolejnych regulacji, umożliwiających przyznanie warunkowego PWZ ukraińskim lekarzom na 18 miesięcy bez znajomości jęz. polskiego.

W ocenie samorządu lekarskiego wprowadza to niepotrzebny chaos prawny i komunikacyjny oraz zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów i medyków. Wojna i znaczna liczba uchodźców obecnych w Polsce nie uzasadniają przyznawania PWZ lekarza osobie, która nie zna jęz. polskiego, a jej wykształcenie nie zostało poddane żadnej merytorycznej ocenie. Bariera językowa może skutkować trudnościami diagnostycznymi i terapeutycznymi, a w dalszej kolejności nawet popełnieniem błędów medycznego, za co grozi odpowiedzialność karna. Brak weryfikacji kompetencji grozi dopuszczeniem do wykonywania zawodu

osób, których wiedza i kwalifikacje mogą znacznie odbiegać od osoby, która ukończyła studia medyczne zgodne z min. wymogami UE. Na to właśnie uwagę zwróciła Komisja Europejska, potwierdzając słuszność zastrzeżeń samorządu lekarskiego wobec stopniowego obniżania standardów dot. PWZ w Polsce. W zaleceniu z 5 kwietnia ws. uznawania kwalifikacji osób uciekających z Ukrainy przed rosyjską inwazją podkreśliła, że w przypadku, gdy te osoby nie spełniają min. wymogów w zakresie kształcenia lekarzy, konieczne jest określenie środków umożliwiających uzyskanie niezbędnych kompetencji lub właściwą i szybką integrację tych osób na rynku pracy w innych zawodach medycznych.

NRL zaapelowała do MZ m.in. o natychmiastowe przyznanie pracownikom medycznym z Ukrainy uprawnień opiekuna medycznego, co pozwoliłoby na zatrudnienie ich w polskich placówkach i weryfikację umiejętności do momentu uzyskania przez nich pełnych uprawnień zawodowych. Niestety bezskutecznie. ■

Prezes NRL ponownie na podium Listy 100

Drugi raz z rzędu prezes NRL Andrzej Matyja zajął 3. miejsce na Liście Stu najbardziej wpływowych osób w polskim systemie ochrony zdrowia, plebiscytu organizowanego przez „Puls Medycyny”.

Na 1. miejscu uplasował się wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, a na 2. dr Paweł Grzesiowski, ekspert NRL ds. walki z COVID-19, który również obronił pozycję z zeszłego roku. Na liście znaleźli się również członkowie NRL: wiceprezes NRL Artur Drobnik (41), prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski (42) i członek PNRL Michał Balsa (90).

W przemówieniu prezes NRL podkreślił, że to wyróżnienie przyjmuje, jak zawsze, w imieniu całego środowiska lekarskiego. ■

Ambasador Ukrainy na posiedzeniu NRL



Ambasador Ukrainy (drugi od lewej) był gościem Naczelnej Rady Lekarskiej

8 kwietnia na posiedzeniu NRL gościł Nadzwyczajny i Pełnomocny Ambasador Ukrainy w RP Andrij Deszczycia, który podziękował samorządowi lekarskiemu, wszystkim polskim lekarzom i lekarzom denty stom oraz obywatelom Polski za zaangażowanie i niesienie pomocy Ukrainie. Podkreślił również, że dzięki stałemu kontaktowi z prezesem NRL udaje się na bieżąco zapewniać pomoc uchodźcom, a Polska jest przykładem dla Zachodu w swoich działaniach na rzecz Ukrainy. ■



Terapie komórkowe – sukcesy i zagrożenia

31 marca br. w siedzibie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL w Warszawie odbyła się konferencja naukowa pt. „Terapie komórkowe – sukcesy i zagrożenia”, podczas której przedstawiono m.in. stanowisko zespołu ekspertów ds. terapii komórkowych i komórek macierzystych NRL ws. komercyjnego oferowania zabiegów z wykorzystaniem komórek określanych jako macierzyste, w tym przeprowadzanych w ramach medycznych eksperymentów leczniczych.

Ww. dorobek ekspercki został przyjęty i zaaprobowany przez NRL w stanowisku z 8 kwietnia br. z rekomendacją realizacji przedstawionych w nim wniosków i propozycji. ■



Szkolenia na żądanie

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL wprowadził możliwość organizacji szkoleń „on demand”, czyli na żądanie. Mogą to być warsztaty online lub stacjonarne, organizowane dla konkretnych grup lub zespołów lekarskich w dogodnym dla uczestników terminie. Oferta szkoleń jest dostępna na stronie NIL. ■

WMA ws. wojny w Ukrainie

Światowe Stowarzyszenie Lekarskie WMA podjęło nadzwyczajną rezolucję, w której stanowczo potępia rosyjską inwazję na Ukrainę i wzywa do zakończenia działań wojennych. Na posiedzeniu Rady WMA 11 kwietnia br. poruszono również kwestie dyscyplinarne m.in. wobec Białorusi i Rosji, przedstawiając pismo prezesa NRL w sprawie wykluczenia organizacji lekarskich tych krajów z grona członków WMA oraz postulat o rozpatrzenie tej sprawy w nadzwyczajnym trybie. Ostateczne decyzje w tej sprawie, w tym ewentualnych sankcji, zostaną podjęte podczas Zgromadzenia Ogólnego Delegatów WMA na jesieni w Berlinie. ■

Sprzęt dla Ukrainy



W sumie do Ukrainy trafiło kilkadziesiąt ton sprzętu medycznego oraz pięć karetek, sfinansowanych przez Fundację Lekarze Lekarzom. FLL przekazała także Fundacji Wsparcia Ratownictwa RK respirator do karetki przewożącej noworodki z Ukrainy do polskich placówek medycznych. ■



A nie mówiłem? – felieton zrzedliwy

Ciężkie, administracyjne wrota powoli zamykają się za ósmą kadencją naszego reaktywowanego samorządu lekarskiego. Ostatnie rygle zapadną pod koniec maja, gdy nowo wybrani delegaci udzielą absolutorium starym organom i gdy ukonstytuują się nowe gremia, reprezentujące polskich lekarzy. Odbywa się to w zasadzie bezgłośnie, chociaż od czasu do czasu słyhać nieprzyjemny zgrzyt.

Krzysztof Madej

Nic dziwnego. Wrota te nie były remontowane od trzydziestu lat, podobnie jak cały samorząd. Można powiedzieć, że izba nie tylko nie była modernizowana, ale nawet nie została odmalowana.

Co zostawiamy za sobą?

Nie da się dokonać oceny obiektywnej. Nie ma po temu żadnego narzędzia. Czysty subiektywizm. Niekiedy w poszukiwaniu sądu szuka się w miarę zobiektywizowanego klucza w badaniach opinii publicznej – tylko której? Wszystkich członków środowiska lekarskiego, delegatów na zjazdy poprzedniej kadencji, a może nowo wybranych? Nigdy tego nie robiono. Jedyną środowiskową, masową przesłanką do takich rozważań pozostaje frekwencja wyborcza na przełomie kadencji (niestety stale spadająca). Ale jest to przesłanka pośrednia, bo odpowiadająca tylko na jedno pytanie: czy chce ci się wykonać dodatkowy wysiłek w ciągu dnia, jakim jest przeczytanie 3/4 kartki tekstu i wrzucenie koperty do skrzynki. Nie ma w niej miejsca na bezpośrednią, indywidualną ocenę przeszłości i przyszłości izb lekarskich i różnych innych subtelnych idei w przedmiocie korporacjonizmu.

Tak więc, jedni powiedzą, że miniona kadencja to niekończące się pasmo sukcesów, a przynajmniej rzetelnej realizacji zadań statutowych. Proszę zwrócić uwagę, że wszystkie sprawozdania, wszystkich organów, są zawsze bardzo pozytywne, a niekiedy nawet huraoptymistyczne. Samo podanie listy odbytych posiedzeń było przedstawiane jako kreatywny dorobek danego gremium (tak jakby twórczym zadaniem tego gremium było odbywanie posiedzeń).

Drudzy z kolei powiedzą, że za nami mrok, gnuśność, brak kreacji organizacyjnej i umysłowej, zawiedzione nadzieje i w ogóle niespełnienie.

W obecnej dobie w obu tych grupach pojawiają się jeszcze dodatkowe subfrakcje. Na krytykę tych niezadowolonych słyhać niekiedy odpowiedź, że to pandemia zniszczyła nasze ambitne plany na tę kadencję – więc nie nasza to wina. Huraoptymiści odpowiedzą, że pomimo pandemii osiągnęliśmy wszystkie założone cele, więc sukces jest podwójny.

Ale... przed nami, powoli, otwierają się wrota kolejnej, dziewiątej kadencji. Także zazgrzytają nieprzyjemnie od czasu do czasu z przyczyn – jak wyżej. Temu jednak towarzyszy dorysować jednorodną optymistyczną nadzieję, że oto otworzy się przed nami równina zalana słońcem, wypełniona działalnością radosną, twórczą, pogłębioną w swojej treści, a przede wszystkim niespotykanej skutecznością, dzięki której odrobimy wszystkie zaniechania naszych poprzedników, powiedzą ci, co negują dorobek przeszłości. Czyli sytuacja jak ze sportu wzięta: ten mecz przegraliśmy, ale wyciągniemy wnioski i wszystkie następne już będziemy wygrywać jeden po drugim. Ci od ocen pozytywnych powiedzą, że skoro wszystko w przeszłości było dobre, to trzeba to teraz kontynuować, tylko jeszcze bardziej.

Przechodzenie z jednej kadencji w drugą, pomimo tych wszystkich powyższych zawirowań socjo-psychologicznych, nie napotyka na żadną większą barierę wyobraźni, ponieważ jest bardzo sformalizowane. Po drodze musi być jednak spełniony jeden ciekawy warunek, choć wolałbym powiedzieć rytuał. Ustępująca Naczelna Rada Lekarska musi przygotować projekt uchwały programowej dla wszystkich organów nowej kadencji, która zostanie przyjęta przez międzykadencyjny zjazd krajowy.

Zjazd krajowy, wśród mnogości czynności ceremonialnych (odznaczenia, wystąpienia gości), sprawozdań, absolutorium i pokwitowań oraz – i przede wszystkim – personaliów, czyli namiętnej walki wyborczej, na ogół nie ma głowy do takich zawiłości, jak dyskusowanie kilkudziesięciu zadań programowych, a ponadto nie dostrzega takiej palącej potrzeby z bardzo prostej przyczyny. Program samorządu lekarskiego jest rozpisany raz na zawsze w 28 punktach artykułu 5. ustawy o izbach lekarskich oraz w licznych innych miejscach tej ustawy, gdzie doprecyzowane są kompetencje poszczególnych organów samorządu. Artykuł 5. określa zadania samorządu lekarskiego w tzw. katalogu otwartym, czyli odwołuje się do innych przepisów, także przyszłych, gdzie mogą pojawić się nowe zadania dla nas. W artykule 38. naszej ustawy jest

napisane, że Krajowy Zjazd Lekarzy uchwala program działalności samorządu lekarzy. Czym się różni „program”, jako samodzielne dzieło Krajowego Zjazdu Lekarzy, i program, jako wykonywanie zadań samorządu, to temat na dłuższą dyskusję. Nigdzie też nie jest powiedziane, że każdy Krajowy Zjazd Lekarzy musi uchwalić program, ale tak się już utarło i taką mamy tradycję. „Klepiemy” więc program i „jedziemy” dalej. Tak jak sprawozdania kadencyjne nie są rozliczeniem się punkt po punkcie z realizacji zadań programowych, tak samo programy są swobodnymi utworami literackimi, rozpisującymi normy ustawowe na bardziej szczegółowe zadania, na podstawie przykładów z życia wziętych, tyle że innym językiem.

Z psychologicznego punktu widzenia uchwalanie programu jest więc naturalną reakcją na zmieniające się okoliczności, wynikające z przyczyn ustrojowych, gospodarczych, finansowych i politycznych. One jednak i tak się zmieniają, więc – moim zdaniem – rzecz nie sprowadza się do statycznego określenia, co mamy robić, czyli do programu, tylko kogo należy wybrać, żeby to, co powinno być zrobione, było rzeczywiście zrobione. I tak pokrętną drogą doszedłem do głównego zadania zjazdu, czyli do jego kompetencji wyborczych, a nie programowych. To, jak ma wyglądać realizacja zadań programowych samorządu, zależy od: kultury, wiedzy, doświadczenia, wyobraźni... Ach, ileż można by jeszcze tu wymienić cnót ducha i umysłu, które zsumowane mogłyby zapewnić samorządowi to, co dla niego jest kluczowe – czyli siłę autorytetu (cały czas tęsknimy do argumentu siły, co kadencję zrywając się do marszów ulicznych i innych form protestu, które nic nie wnoszą, a co gorsza, pozostają bez naszej krytycznej refleksji i wniosków).

Tradycja uchwalania programu, moim zdaniem, bierze się stąd, że jest to jakaś kalka programów partii politycznych idących do wyborów. Tyle, że tamte programy wyprzedzają akt wyborczy. One mają agitować wyborców do poparcia jakiejś przysługującej linii politycznej i ludzi obiecujących przełożenie ich programu na praktykę polityczną i społeczną. W samorządzie lekarskim nie ma takiego przełożenia pomysłów na decyzje wyborcze. W środowisku lekarskim nie ma jakichś dużych, widocznych grup, które optowałyby za rozwiązaniami systemowymi do zastosowania w skali całego kraju. Owszem, są wąskie i niekiedy nawet agresywne grupy interesu własnego, ale one często działają obok samorządu, niekiedy przeciwko niemu lub, co najwyżej, wyrażając pretensję, że samorząd nie zawsze entuzjastycznie popiera wąskogrupowe roszczenia.

Wśród zadań programowych samorządu najważniejsze (znowu zacytuję art. 5.) wydają się określone w punkcie 13.: „integrowanie środowiska lekarzy” oraz w punkcie 16.: „opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza bądź występowanie o ich wydanie”. To najtrudniejsze zadania, bo one wymagają stałego wysiłku twórczego i stałej refleksji programowej. Są one najtrudniejsze, bo największym problemem naszego środowiska (jeśli coś takiego w ogóle istnieje, więc lepiej byłoby mówić „naszej lekarskiej społeczności”) jest duża atomizacja,

której samorząd jakoś nie jest w stanie się przeciwstawić, i znacznego stopnia dezintegracja całego systemu ochrony zdrowia. Działamy w skrajnie niekorzystnych warunkach politycznych, w których te dwa mankamenty życia społecznego i państwowego nie znajdują życzliwej troski ze strony rządzących i chyba są celowo i świadomie lekceważone. *Inter arma silent musae*, jak mawiali starożytni, a więc w walce politycznej tonie wszelka kreacja ustrojowa. Widać już wyraźnie, że pomysłu na całościowy model strukturalny medycyny w Polsce nie ma. Dominują działania doraźne, regulacyjne, etatystyczne i dyscyplinujące. Najczęściej wywołane one są kryzysami, a nie wyprzedzającą wolą poprawy. Przez ostatnie 30 lat ochrona zdrowia, jak zresztą całe życie społeczne, zmieniły się dramatycznie, a izby lekarskie były reaktywowane w zupełnie innych okolicznościach, w odpowiedzi na inne wyzwania ustrojowe.

Chociaż stale mam uczucie *déjà vu*. Tak jak kiedyś osiowym postulatem samorządu, w zmienionym ustrojowo państwie, po smucie komuny, było staranie się o przywrócenie godności zawodu, tak obecnie ten postulat jest dziwnie trwale aktualny. Mamy teraz już medycynę zekonomizowaną, skomercjalizowaną, z informatyzowaną, sprywatyzowaną. Komunikacja społeczna odbywa się teraz poprzez media społecznościowe najczęściej w odizolowanych od kontekstu ogólnospołecznego grupach, a autorytety rozkwitają nie na podstawie pozycji środowiskowej przekładającej się na umiejscowienie w strukturze komunikacji społecznej, tylko na koniunkturze medialnej, w której to dziennikarze i politycy wyznaczają kryteria przydatności do realizacji swoich celów społecznych. Stąd zrozumiała skąd inąd teza, że za szybkością zmiany warunków życia i uprawiania zawodu powinna iść szybkość wymia-

ny starych liderów życia środowiskowego na nowych. Teza piękna, tylko czy aby da się udowodnić w praktyce, że taki wynik walki pokoleń (używam tego terminu w jego pozytywnym rozumieniu) zwiększy kulturę komunikacji społecznej oraz środowiskową i społeczną racjonalność i użyteczność podejmowanych działań. Jeśli tak – jestem za.

Stąd też postulat, co chwila podsuwany przez nowych trybunów ludowych, że samorząd lekarski powinien redefiniować swoją rolę. Czy aby na pewno i w jakim kierunku? Żeby odpowiedzieć sobie na pytanie, co by to hasło miało znaczyć, trzeba prowadzić stałą pracę i refleksję programową. Zawsze o tym natrętnie mówiłem – czyli zrzędziłem. Tyle, że uczciwą, tj. pozbawioną propagandy wyborczej, wąsko grupowych roszczeń do zrealizowania kosztem innych, celebrytizmu i gwiazdorstwa, i bez tego, co nazwę politycznym oszukaństwem, czyli fałszowania opisu rzeczywistości i bzdurnych obietnic. Jest ona także potrzebna, żeby nie być tylko reaktywnym na brewerie polityków, ale także kreatywnym w dużym wymiarze – państwowym. Świat polityki nie da sobie z tym rady. Po obecnych przyjdą następni i jeszcze się nie nauczą medycyny i zarządzania systemem, a już zaczęli pouczać innych i „reformować”. ■

**Program samorządu
lekarskiego jest rozpisany
raz na zawsze w 28 punktach
artykułu 5. ustawy o izbach
lekarskich oraz w licznych
innych miejscach tej ustawy,
gdzie doprecyzowane są
kompetencje poszczególnych
organów samorządu.**

Nowe władze w okręgach – pełna lista

We wszystkich okręgowych izbach lekarskich odbyły się już sprawozdawczo-wyborcze zjazdy, podczas których odbywały się wybory do izbowych organów w kadencji na lata 2022-2026. Uczestnicy zjazdów wybierali prezesów

i członków ORL, okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców, członków okręgowych sądów lekarskich oraz okręgowych komisji rewizyjnych i komisji wyborczych, a także delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy. ■

PREZESI ORL I OKRĘGOWI RZECZNICY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ IX KADENCJI

OIL	PREZES ORL	OROZ
Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku	Henryk Grzesiak	Małgorzata Topolska
Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej	Radosław Piwowarczyk	Maciej Skwarna
Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy	Szymon Suwała	Zofia Parszyk
Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie	Mariusz Malicki	Janusz Kapustecki
Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku	Dariusz Kutella	Maciej Dziurkowski
Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wlkp.	Ewa Joniec	Jacek Zajączek
Śląska Izba Lekarska w Katowicach	Tadeusz Urban	Stefan Kopocz
Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach	Dorota Szyska-Skrobot	Andrzej Matyja
Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie	Katarzyna Krystosik-Łasecka	Makowski Marek
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie	Robert Stępień	Jerzy Sławiński
Lubelska Izba Lekarska w Lublinie	Leszek Buk	Jacek Niezabitowski
Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi	Paweł Czekalski	Michał Osica
Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie	Anna Lella	Jarosław Abramczyk
Opolska Izba Lekarska w Opolu	Jolanta Smerkowska-Mokrzycka	Paweł Olszewski
Okręgowa Izba Lekarska w Płocku	Ryszard Mońdział	Marcin Lewandowski
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu	Krzysztof Kordel	Artur Tarasiewicz
Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie	Krzysztof Marchewka	Grzegorz Siteń
Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie	Michał Balsa	Marek Rybkiewicz
Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie	Marta Owczyńska	Maria Kuźmińska
Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska w Toruniu	Wojciech Kaatz	Dorota Kasztelowicz
Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie	Łukasz Jankowski	Ewelina Bobek-Pstrucha
Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu	Paweł Wróblewski	Marek Kaźmierczyk
Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze	Jacek Kotuła	Andrzej Nonckiewicz
Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie	Artur Płachta	Mirosław Dziekiewicz

Pełne wyniki wyborów są dostępne na stronach internetowych okręgowych izb lekarskich.

DZIAŁANIA PODCZAS KZL



Lucyna Krysiak
dziennikarz

Zjazdy lekarzy

– wyobrażenia i rzeczywistość

Dla samorządu lekarskiego najważniejszym forum są krajowe zjazdy lekarzy, podczas których rozliczana jest działalność w poszczególnych kadencjach i wytyczane są nowe kierunki działania na następne lata. To tutaj delegaci reprezentujący środowisko lekarskie z okręgowych izb wyrażają swoje opinie, spierają się o koncepcje, planują przyszłość.

Ten konfrontacyjny charakter zjazdów jest nie do przecenienia. Wnosi świeży powiew w działania samorządu lekarskiego, podbija jego kreatywność, otwiera drzwi do nowej rzeczywistości.

GLÓD ZGROMADZEŃ

W przedwojennej Polsce, kiedy samorząd lekarski dopiero formował swoje szyki, nie było zjazdów lekarzy znanych w obecnej formule. Jednak głód zgromadzeń i wymiany poglądów w środowisku medycznym był tak wielki, że organizowano je od 1869 r. wspólnie z przyrodnikami, a więc jeszcze w czasach zaborów. Miały one charakter konspiracyjny, gdyż zaborcy nie tolerowali zgromadzeń.

Pomysłodawcą zjazdów był lekarz i społecznik Adrian Baraniecki z Krakowa, który zachęcał, aby mimo przeszkód stworzyć jedno ognisko, skąd wychodziłaby każda naukowa myśl i inicjatywa. Uważał, że zjazdy lekarskie powinny odbywać się regularnie (raz w roku) i zachęcał, by uczestniczyli w nich przedstawiciele wszystkich naukowych towarzystw prowincjonalnych i uniwersytetów. Jeden z tych zjazdów, który miał miejsce w 1925 r. w auli Politechniki Warszawskiej, a więc już w wolnej Polsce, przeszedł do historii medycyny. Był to XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich, który zgromadził 2,2 tys. medyków z całego kraju. Przyjechali oni za własne pieniądze, kierowani potrzebą spotkania się z kolegami po fachu, dzielenia się wiedzą naukową i praktycznymi umiejętnościami.



III Krajowy Zjazd Lekarzy, 1993 r., Teatr Polski w Warszawie

Jak bumerang wracał temat miejsca lekarzy w nowych realiach.

Ten zjazd był tak ważny, ponieważ obradujący w sekcjach i zespołach delegacji stworzyli podział medycyny na specjalizacje lekarskie, którego ramy obowiązują do dziś. Wyłoniono wówczas m.in. takie specjalizacje jak: anatomia, embriologia, histologia, patologia doświadczalna, otolaryngologia, pediatria, choroby skórne i weneryczne, ginekologia i położnictwo, higiena szkolna, medycyna społeczna i szpitalnictwo. Lista była długa i odnosiła się do funkcjonowania obowiązującego

w tym czasie systemu opieki zdrowotnej, stwarzała też podwaliny do powoływania nowych specjalizacji.

ODRODZENIE

Z czasem lekarze zaczęli spotykać się w węższym gronie dotyczącym zakresu ich zainteresowań specjalizacyjnych, zjazdy lekarzy i przyrodników polskich przestały więc cieszyć się zainteresowaniem. Po II wojnie światowej nikt już nie podjął się ich organizacji. W tym okresie środowisko lekarskie swoje siły skierowało na próby ratowania samorządu lekarskiego, który został zniszczony i ograbiony przez okupanta. Niestety nowa władza powojennej Polski, która



Nie należy tracić entuzjazmu do pełnienia funkcji społecznych i przekonania, że siła samorządu wpływa z jego masowości.



Jacek Żochowski (w środku) i poseł Seweryn Jurgielanec (po prawej).

była nieprzychylna działaniom reaktywnym, brutalnie przerwała te starania, likwidując w 1950 r. samorząd lekarski. Ta siła rażenia była tak ogromna, że trzeba było prawie 40 lat, aby doszło do odrodzenia jego struktur.

To odrodzenie zainicjował I Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbył się w dniach 10-12 grudnia w 1989 r. w Warszawie. To był czas szczególny. Jak wspomina prof. Wojciech Maksymowicz, pełniący w I kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej funkcję sekretarza, działaczom samorządowym zależało, aby do władz izb lekarskich nie wybierano lekarzy ze starego systemu, tzw. aparatchyków,

ponieważ zapadające na zjeździe decyzje i uchwały tworzyły podwaliny organizacyjne odrodzonej samorządności lekarskiej. Pierwszym prezesem NRL wybrano prof. Tadeusza Chruściela, farmakologa klinicznego z Warszawy. Powstawały okręgowe izby oraz zaplecze administracyjne, dzięki któremu mogły one funkcjonować. A wszystko to działo się w atmosferze przemian politycznych zachodzących w Polsce po upadku komunizmu. I KZL dobitnie pokazał, że jego wewnętrzne oblicze dotyczące spraw samorządu lekarskiego jest ściśle związane z tym, co dzieje się w kraju. Trudno było wygzekwować środki na

realizację ustawowo przejętych przez samorząd lekarski od państwa nowych obowiązków administracyjnych (ustawa o izbach lekarskich nakazywała samorządowi np. przyznawanie i wystawianie lekarzom prawa wykonywania zawodu czy zorganizowanie Centralnego Rejestru Lekarzy).

REAKCJA NA SPRAWY ZASADNICZE

Mimo że I KZL był wydarzeniem historycznym i kluczowym dla funkcjonowania samorządu lekarskiego w nowej Polsce, to nie satysfakcjonował w pełni delegatów. Krytycznie na jego temat wypowiedział się prof. Stefan Zgliczyński, przewodniczący Komisji Informacji NRL oraz redaktor Biuletynu NRL I kadencji. Uważał on, że po I KZL doszło do rozproszenia działań Naczelnej Rady Lekarskiej, czego dowodził nadmiar wystosowywanych stanowisk i oświadczeń w sprawach szczegółowych, a brakowało reakcji w sprawach zasadniczych, takich jak reformy służby zdrowia, narodowe programy ochrony zdrowia oraz kształcenie przed- i podyplomowe. Odpowiedzią na ten niedosyt było szybkie zwołanie II Krajowego Zjazdu Lekarzy, nazwanego Nadzwyczajnym, który odbył się w grudniu 1991 r. w Białymstoku. Jego inicjatorem był Witold Fijałkowski, przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie. Jego zdaniem istniała pilna potrzeba sfinalizowania prac nad kodeksem deontologicznym, ustawą o zawodzie lekarza, określeniem zasad kontaktów NRL z okręgowymi radami lekarskimi i ustaleniem procentu składki przeznaczanej na działalność NRL. Wydarzenie to zdominowane było uchwaleniem Kodeksu Etyki Lekarskiej, które wywołało burzliwe dyskusje nie tylko wśród lekarzy, ale też polityków, prawników i w mediach. Ich echa odczuwane są do dziś.

KARAWANA IDZIE DALEJ

12-14 grudnia 1993 r. zwołano w Warszawie III Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbywał się w atmosferze kontrowersji związanych z przyjęciem przez rząd ustawy antyaborcyjnej, ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wprowadzania instytucji lekarza rodzinnego oraz nieustających protestów płacowych lekarzy. Ten zjazd wyłonił nowego prezesa NRL, którym został Krzysztof Madej, chirurg z Warszawy. Obrady skupiały się nad projektami ustaw o zawodzie lekarza i o izbach lekarskich. Wypracowane na tym zjeździe projekty stały się podstawą do dalszych prac legislacyjnych w parlamencie.

Niestety, z braku czasu nie udało się wytyczyć programu na kolejną kadencję samorządu, co nowy prezes Krzysztof Madej skomentował wówczas tak: „dobrze się stało, gdyż uchwała programowa zrehabilitowana na kolanie mogła popaść w frazeologię nie z tej epoki”. Ten punkt widzenia potwierdzało to, co zadziało się na III KZL. We wszystkich organach okręgowych izb lekarskich i w gronie delegatów na zjazd doszło do wymiany ponad 50 proc. składów osobowych, co świadczy o tym, że samorząd lekarski przeobrażał swój wizerunek.

IV Krajowy Zjazd Lekarzy (11-13 grudnia 1997 r. w Warszawie) był zdominowany przez temat protestów płacowych lekarzy, oczekiwania na reformy lecznictwa i związanej z tym frustracji środowiska. W swoim wystąpieniu wybrany na kolejną kadencję prezes NRL Krzysztof Madej powiedział, że protest jest odruchem emocji i należałoby to zmienić w rodzaj pracy twórczej, która pozwoli stworzyć grupę zdolną do podjęcia dialogu z rządzącymi. Doktor Krzysztof Lubecki, delegat z Zielonej Góry, zaznaczył w dyskusji, że na niepowodzenie akcji protestacyjnych

NIL musi być silna i mądra pozycją okręgowych izb lekarskich, ich praktycznym podejściem oraz bliskością.

ma wpływ brak odpowiedniego prawa, a więc instrumentów umożliwiających negocjowanie warunków pracy i płacy, wierząc, że takie możliwości stworzy nowa ustawa o izbach lekarskich.

Kolejny, V Krajowy Zjazd Lekarzy, który miał status Nadzwyczajnego, zorganizowano pod koniec kwietnia 2000 r. w Mikołajkach. Był poświęcony podsumowaniu i ocenie działalności samorządu lekarskiego po 10 latach od jego reaktywacji. Dokonania, zaniechania, porażki – to główny temat dyskusji, z której wyłaniał się obraz samorządu na kolejne lata. Zjazd miał określić przyszły model wypadków dla systemu opieki zdrowotnej i z tym pytaniem delegaci chcieli zwrócić się do posłów, senatorów, ministra zdrowia, ale ci nie pojawili się na zjeździe. Jedną z uczestniczek zjazdu, lekarka rodzinna z Płocka, Sabina Kańtoch, powiedziała, że ocena reformy ochrony zdrowia nie jest najważniejsza, gdyż samorząd zawodowy jej nie przeprowadza. Zwróciła uwagę, że najistotniejsza jest odpowiedź na pytanie, jak dalej samorząd lekarski ma funkcjonować, przestrzegając przed nadmiernie rozdmuchanymi oczekiwaniami.

REFORMY SYSTEMU I SPRAWY ETYKI

W drugą dekadę po reaktywacji samorząd lekarski wkroczył VI Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbył się 13-15 grudnia 2001 r. w Warszawie. Prezesurę

NRL powierzono Konstantemu Radziwiłłowi, który sprawował ją przez dwie kadencje. Wydarzenie to zbiegło się z powołaniem w 2002 r. Narodowego Funduszu Zdrowia, którego autorem był ówczesny minister zdrowia Mariusz Łapiński. Rząd, zamiast reformować kasy chorych, stworzył centralistyczny system zarządzania pieniędzmi, co przez kolejne lata stało się kością niezgody pomiędzy samorządem lekarskim a NFZ.

VI KZL przyjął uchwałę o programie samorządu lekarskiego na lata 2001-2005, w którym znalazły się zapisy dotyczące wprowadzenia zmian w KEL oraz w kształceniu ustawicznym. Tematy te jeszcze głośniejsze wybrzmiały na VII Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy, który odbył się we wrześniu 2003 r. w Toruniu. Ważnym tematem dyskusji była wówczas także ocena sytuacji w ochronie zdrowia po tzw. okrągłym stole medycznym, przy którym do dyskusji zasiedli samorządowcy i rządzący, ale wynik tych rozmów nie był zadowalający. Potwierdziły się opinie środowiska, że strategia reformowania lecznictwa nie jest spójna z oczekiwaniami lekarzy w tym zakresie i nadal ich bolączki nie zostały rozwiązane. Jednak głównym celem zwołania zjazdu było przyjęcie zmodyfikowanego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Po burzliwych dyskusjach uchwalono KEL w formule proponowanej przez Komisję Etyki Lekarskiej NRL. Tym samym zjazd w Toruniu otworzył nowy etap w kształtowaniu poglądów na sprawę etyki.

VIII Krajowy Zjazd Lekarzy zaplanowano na 5-7 stycznia 2006 r. Gościem obrad był prof. Zbigniew Religa, minister zdrowia w rządzie Kazimierza Marcinkiewicza, który docenił ofiarną pracę i osiągnięcia lekarzy, mimo że finansowanie lecznictwa było wówczas na najniższym



Od lewej: Krzysztof Kuszewski, Sławomir Struzik, Józef Oleksy



Delegaci podczas głosowania w Sali Kongresowej w Warszawie

poziomie wśród krajów Unii Europejskiej. Deklarował też, że w planach rządu jest wzrost nakładów na opiekę zdrowotną, co wiązałoby się ze wzrostem płac lekarzy. Jak się później okazało, deklaracje te były na wyrost i samorząd lekarski nie poparł reform ministra Religi. Zjazd zaowocował jednak przyjęciem wielu ważnych uchwał, stanowisk i apeli, które odnosiły się do aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia – finansowania, działań na rzecz reprezentowania przez samorząd lekarski świadczeniodawców, definiowania i wartościowania procedur medycznych, zabiegania o stworzenie lekarzom warunków do nieskrępowanego kształcenia. IX Krajowy Zjazd Lekarzy (11-12 stycznia 2008 r. w Warszawie) był kontynuacją kierunku działań wytyczonych na VIII KZL. Ministrem zdrowia była wówczas Ewa Kopacz, z którą samorządowi lekarskiemu także nie było po drodze. Niemal dwie dekady działalności odrodzonego samorządu lekarskiego pokazały, że samorządność jest cały czas zagrożona przez działania kolejnych ekip rządzących polityków i nie jest dana lekarzom raz na zawsze.

TRZECIA DEKADA

X Krajowy Zjazd Lekarzy (28-30 stycznia 2010 r. w Warszawie) przyniósł odnowę. Po raz pierwszy prezesem NRL wybrano lekarza spoza stolicy. Był nim Maciej Hamankiewicz ze Śląskiej Izby Lekarskiej, który pełnił tę funkcję przez dwie kadencje. Nowy prezes zapowiedział, że będzie starał się zacieśnić współpracę z okręgowymi izbami, gdzie powstaje szereg cennych inicjatyw. Nowe było także podejście do organizacji pracy poprzez wprowadzenie systemu zadaniowego, który miał zaktywizować działaczy samorządowych.

W dniach 24-25 lutego 2012 r. odbył się Nadzwyczajny XI Krajowy Zjazd Lekarzy, który przebiegał w atmosferze napięcia. Jak bumerang wracał temat miejsca lekarzy w nowych realiach. Chodziło głównie o pakiet ustaw zdrowotnych Ewy Kopacz, które m.in. zmieniały system kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy, i kontrowersyjną ustawę refundacyjną, która nakazywała karanie lekarzy za pomoc medyczną nieubezpieczonym. To był zjazd odważnych wystąpień i krytycznych uwag wobec rządzących. Gość zjazdu Otman Kloiber, ówczesny sekretarz generalny Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, ostrzegł, że światowej medycynie zagraża komercjalizacja i zarządzanie z pozycji

politycznej. Podkreślił też w swoim wystąpieniu, że w wielu krajach na dużą skalę organizowane są ataki na samorządność lekarzy przez zakłady ubezpieczeń, instytucje finansujące opiekę zdrowotną, agendy rządowe. Próby te mają na celu pozbawienie lekarzy możliwości samoregulowania, a także niezależności klinicznej i zawodowej autonomii. Na zjeździe pojawił się także minister zdrowia Bartosz Arłukowicz, do którego delegaci mieli wiele pytań. Odpowiedzi ministra zostały „wybuczone” przez delegatów, gdyż towarzyszyło im odium protestu pieczętkowego i niedotrzymanych obietnic.

Następny, XII Krajowy Zjazd Lekarzy (20-22 marca 2014 r. w Warszawie), wytyczył linię działania będącą kontynuacją poprzedniej. Bardziej dynamiczny przebieg miał XIII Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy, zorganizowany w Warszawie w dniach 13-14 maja 2016 r. Kodeks Etyki Lekarskiej, klauzula sumienia, tajemnica lekarska oraz kształcenie przed- i podyplomowe oraz konieczność zmian w systemie specjalizowania się – to jego wiodące tematy. Poruszono też kwestię tajemnicy lekarskiej i związanego z nią wyroku Trybunału Konstytucyjnego, który wskazał jednoznacznie, że tajemnica lekarska to fundament dla wykonywania zawodu lekarza i wykładnia prawna, którą każdy lekarz może się posłużyć w swojej codziennej praktyce.

MIAŁO BYĆ PIĘKNIE

XIV Krajowy Zjazd Lekarzy (25-26 maja 2018 r.) przyniósł wiele zmian. Na nowego prezesa NRL delegaci wybrali prof. Andrzeja Matyja z Krakowa. W związku z wcześniejszą aktywnością ogólnopolskiego protestu rezydentów przeciw aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia, zarówno w okręgowych radach lekarskich jak i w NRL do głosu zaczęli dochodzić młodzi lekarze. To oni ostro domagali się wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, reformowania systemu lecznictwa, lepszych warunków pracy i podwyżek wynagrodzeń na rezydenturach. Ten sam Konstanty Radziwiłł, który przez dwie kadencje był prezesem, a później wiceprezesem NRL, jako minister zdrowia stanął po drugiej stronie barykady i za jego rządów nie doszło w tej sprawie do konsensusu z Porozumieniem Rezydentów. Dopiero jego następca Łukasz Szumowski, odwołując się do uchwalenia ustawy, która w latach 2018-2024 ma m.in. zapewnić wzrost PKB na ochronę zdrowia, rozpoczął dialog.

Nowy prezes NRL, prof. Andrzej Matyja, przedstawił własną wizję działania. Podkreślił, że oprócz kontynuacji wcześniej rozpoczętych prac chciałby stworzyć autorską drużynę, która potrafiłaby wykreować coś nowego, co w obecnej, coraz bardziej złożonej samorządowej rzeczywistości będzie się sprawdzać. Na zjeździe prof. Matyja przedstawił w 11 punktach priorytety na bieżącą kadencję. Jednym z głównych było dążenie do odbudowy zaufania i prestiżu zawodu lekarza poprzez stworzenie możliwości jego wykonywania w jak najlepszych warunkach, zaznaczając, że lekarz z racji swojej wiedzy, powołania i roli powinien uczestniczyć w wypracowywaniu zmian systemowych. Zwracał uwagę na potrzebę uświadamiania rządzącym przez samorząd lekarski, że nakłady na opiekę zdrowotną to inwestycja, a nie koszt. Uważał, że głos samorządu musi być słyszalny, np. poprzez powołanie przy ministrze zdrowia grupy roboczej, składającej się z przedstawicieli resortu oraz samorządu, której zadaniem będzie wcześniejsze proponowanie rozwiązań prawnych i organizacyjnych, zanim staną się one oficjalnym projektem, a nie – jak do tej pory – opiniowanie procedowanych już projektów.

– Nie należy tracić entuzjazmu do pełnienia funkcji społecznych i przekonania, że siła samorządu wypływa z jego mądrości. Samorząd powinien być reprezentantem, głosem i obrońcą środowiska. Jestem przekonany, że skuteczna realizacja postawionych przed nim zadań przywróci w lekarzach poczucie, że przynależność do izby ma głęboki sens – mówił prof. Andrzej Matyja, dodając, że NIL musi być silna i mądra pozycją okręgowych izb lekarskich, ich praktycznym podejściem oraz bliskością. Przekonywał, że prawdziwy i żywy samorząd lekarski jest właśnie w okręgowych izbach lekarskich, a NRL powinna być ich spoiwem, wyrazicielem zbiorowej woli oraz oczekiwań. Nikt nie spodziewał się jednak, że rzeczywistość w dużej mierze zweryfikuje te deklarowane na zjeździe priorytety. Najpierw dwa lata pandemii COVID-19, a obecnie wojna w Ukrainie sprawiły, że trzeba było skupić się na konfrontacji z często nietrafionymi decyzjami rządzącymi związanymi z tym wydarzeniami. A co przyniesie zbliżający się XV KZL? Czas pokaże. ■

Źródła:

Z. Wiśniewski, „Lekarze i Izby Lekarskie w II Rzeczypospolitej”
Z. Wiśniewski, „Kronika Izby Lekarskich w Polsce w latach 1945-2005”
Z. Wiśniewski, „Kronika Izby Lekarskich w Polsce 2005-2009 – kontynuacja”

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Pomoc dla Ukrainy

Izby lekarskie kontynuują niesienie pomocy humanitarnej w związku z wybuchem wojny w Ukrainie. Wsparcie kierowane jest przede wszystkim do lekarzy i lekarzy dentystów, którzy jako uchodźcy wojenni znaleźli schronienie w Polsce, ale nie tylko. O szczegółach dotyczących licznych inicjatyw, podejmowanych w okręgach już w pierwszych dniach po napaści Rosji na Ukrainę, pisaliśmy w poprzednim numerze „GL”. Działania izb trwają nadal.

16 kwietnia została przekazana karetka dla Szpitala Dziecięcego OHMATDYT we Lwowie, w której zakupie uczestniczyły Świętokrzyska Izba Lekarska oraz Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie. Na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej prowadzona jest (bezpłatnie) giełda pracy dla obywateli z Ukrainy, którzy chcą znaleźć zatrudnienie w sektorze ochrony zdrowia. Izba uruchamia też bezpłatne kursy języka polskiego

dla lekarzy i lekarzy dentystów z Ukrainy. Kursy z jęz. polskiego oferują także m.in. Opolska Izba Lekarska, a także Wielkopolska Izba Lekarska, która zakończyła z kolei działalność punktu konsultacji medycznej w Poznaniu. Punkt ten został uruchomiony przez WIL wraz z Wielkopolskim Urzędem Wojewódzkim w jednym z poznańskich hoteli i przez blisko miesiąc pełnił funkcję gabinetu lekarskiego, do którego bezpłatnie mogli zgłaszać się uchodźcy z Ukrainy (nie ma potrzeby jego kontynuacji, gdyż uchodźcy zostali włączeni do powszechnego systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych).

Izby zbierają też fundusze na zakup środków medycznych i sprzętu medycznego dla Ukrainy. Wszelkie aktualne informacje dotyczące pomocy udzielanej Ukrainie dostępne są na stronach internetowych izb. ■

Ocalić od zapomnienia



Przecięcie wstęgi w Katowicach

XLII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Katowicach był okazją do oficjalnego otwarcia Muzeum Historii Medycyny i Farmacji w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej. Jego zasadniczym celem jest pokazanie młodemu pokoleniu, jak bardzo zmieniała się medycyna, jakie były jej początki oraz jak ważne i ciekawe są epizody związane z tą dziedziną nauki.

Przecięcia wstęgi, stosownymi zabawkowymi nożyczkami, dokonali: prezes NRL Andrzej Matyja, prezes ORL

w Katowicach Tadeusz Urban i przewodniczący Rady Programowej Ośrodka Dokumentacji Historycznej ŚIL Krzysztof Siemianowicz.

Na powierzchnię ok. 260 mkw. zgromadzono 350 artefaktów, m.in.: wagi apteczne z lat 20. i 30., narzędzia, sterylizatory, przedwojenne butelki po lekach, pojemniki apteczne, sprzęty stomatologiczne. W zbiorach ODH ŚIL znajduje się 230 pamiątkowych medali, plakiet i znaczków z różnych zjazdów lekarzy. Kolekcja muzeum to także kilkadziesiąt dokumentów, w tym starych fotografii, pocztówek i przedwojennych reklam. Ekspozycje pochodzą od darczyńców – głównie lekarzy i lekarzy dentystów lub zostały zakupione na aukcjach internetowych i w antykwariatach. Muzeum, które powstało z inicjatywy prezesa ORL w Katowicach Tadeusza Urbana, przy wsparciu członków ODH, jest jedynym utworzonym przez struktury samorządu lekarskiego.

Obszerna rozmowa dotycząca muzeum („Kiedy współczesność potyka się o historię”) ukazała się w „Pro Medico” (nr 03/2022). Jest ona dostępna także na www.gazetalekarska.pl. ■

Lekarski Budżet Partycypacyjny

Znamy już zwycięskie projekty zgłoszone w ramach Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. W sumie było do wykorzystania 200 tys. zł na różnego rodzaju inicjatywy przydatne dla środowiska lekarskiego, proponowane przez lekarzy i lekarzy dentystów zrzeszonych w warszawskiej izbie.

Zgłoszenia projektów przyjmowano do 31 stycznia. Członkowie OIL w Warszawie mogli oddać głos online na wybrany projekt – głosowanie zakończyło się w marcu. Na liście zwycięskich projektów znalazły się cztery lekarskie pomysły, które zdobyły najwięcej głosów. Kto wygrał? Szczegółowe informacje na ten temat zamieszcza izba na swojej stronie internetowej. ■

Szkoleniowa wiosna

„Wiosna w EDU WIL” to cykl kursów i szkoleń przygotowanych przez Wielkopolską Izbę Lekarską. Wydarzenia są zaplanowane do czerwca i obejmują szeroki zakres tematyczny – od zagadnień związanych z leczeniem cukrzycy, przez chorobę otyłościową, po problemy dermatologiczne. – W znakomitej części będą to webinaria lub szkolenia w formie hybrydowej, zapraszamy więc do udziału koleżanki i kolegów z każdego zakątka Polski – zachęca wiceprezes ORL WIL Marcin Karolewski. Najbliższe szkolenie online pod hasłem „Cukrzyca – lepiej zapobiegać, niż leczyć, a jak leczyć, to dobrze” odbędzie się 10 maja, a poprowadzi je prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz. Wyłącznie w formie stacjonarnej kontynuowane będą kursy zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych. Z ofertą można się zapoznać na stronie wil.org.pl/wiosna-w-eduwil. ■

Pomoc w wypełnieniu PIT

Lekarze seniorzy zrzeszeni w Lubelskiej Izbie Lekarskiej mogli skorzystać z pomocy izby w wypełnieniu PIT za zeszły rok. W siedzibie LIL zorganizowano dwa spotkania z przedstawicielką Urzędu Skarbowego w Lublinie, która pomagała w dokonaniu prawidłowego rozliczenia z fiskusem.

VIII KADENCJA SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Trudne cztery lata

Przepisy prawa w znacznym stopniu kształtują otaczającą nas rzeczywistość, ustanawiając granice, co wolno, a czego nie. Wpływają też na codzienną pracę lekarzy – ostatnie cztery lata przypomniły o tym w szczególny sposób nie tylko za sprawą pandemii.

Mariusz Tomczak dziennikarz

W trakcie VIII kadencji samorządu lekarskiego doszło do licznych zmian przepisów dotyczących szeroko rozumianej ochrony zdrowia. Z punktu widzenia lekarza praktyka sporo z nich było stosunkowo mało znaczących, ale nie brakowało i takich, które bezpośrednio wkraczały w obszar wykonywania zawodu. Niektóre skutecznie zburzyły ustaloną strefę komfortu.

Chcąc w miarę kompleksowo omówić te zmiany, trzeba by napisać pokaźnych rozmiarów rozprawę. Stanowiska i apele podejmowane przez Naczelną Radę Lekarską i Prezydium NRL przez ostatnie cztery lata unaoczniają ogrom zagadnień, którymi zajmował się samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów, a przecież te dokumenty nie odnosiły się do wszystkich ustaw, rozporządzeń i innych dokumentów dotyczących medyków.

KZL I RODO

25 maja 2018 r. rozpoczął się XIV Krajowy Zjazd Lekarzy, w trakcie którego wybrano nowego prezesa NRL (dr. Macieja Hamankiewicza zastąpił prof. Andrzej Matyja). Tego samego dnia zaczęło obowiązywać rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej o ochronie danych osobowych. Wraz z RODO pojawiło się mnóstwo wątpliwości wynikających m.in. z asekurancznego rozumienia przepisów w licznych szpitalach i przychodniach. Ucierpieli pacjenci i ich bliscy, bo sporo osób doszło do wniosku, że troska o dane osobowe ma pierwszeństwo przed ratowaniem

Niepewność jutra nabrała nowego wymiaru.

zdrowia i życia ludzkiego, a nowe przepisy rzekomo uniemożliwiają udzielenie rodzicom informacji o stanie zdrowia ich dzieci przez telefon. Ucierpieli też lekarze, bo przez chaos interpretacyjny i histerię powodowaną lękiem przed wysokimi karami mieli więcej stresu i dodatkowej pracy.

BRUKSELA VS POLSCY LEKARZE

Naczelna Izba Lekarska udostępniła m.in. wzór klauzuli informacyjnej dla pacjentów i szablony dokumentów związanych z RODO, a jej przedstawiciele uczestniczyli w pracach nad stworzeniem kodeksu branżowego. Działacze samorządu lekarskiego włączyli się w debatę publiczną, apelując o racjonalne podejście do stosowania nowych przepisów. Nie było to takie łatwe, gdyż w grę wchodziły kwestie z pogranicza medycyny i prawa. To, co dla jednych stanowiło przejaw zdrowego rozsądku i wiązało się z dobrem pacjenta, dla innych pozostawało w sprzeczności z doktryną prawa lub na odwrót. Wielomiesięczny chaos przy wdrażaniu RODO i liczne spory pomiędzy prawnikami wydającymi sprzeczne ze sobą opinie unaoczniały, w jak wielkim stopniu przepisy mogą uprzykrzać codzienne wykonywanie obowiązków każdej placówce medycznej. Sytuacja ta przypominała również o tym, że mimo stosunkowo niewielkiego wpływu UE na kwestie związane z ochroną zdrowia, regulacje

ustanawiane w Brukseli mogą rykoszetem uderzyć w zawody medyczne. Doskonale wiedzą o tym lekarze dentyści, którzy musieli zastosować się do unijnych przepisów wprowadzających obowiązek wyposażenia gabinetów stomatologicznych w separatory amalgamatu.

NOWELIZACJA KLUCZOWEJ USTAWY

Niewątpliwie jednym z najważniejszych, o ile nie najważniejszym wyzwaniem, nad którym przyszło pochylić się przedstawicielom środowiska lekarskiego w ciągu minionych czterech lat, była nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wkrótce po zawarciu przez ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego porozumienia kończącego protest rezydentów, wiosną 2018 r. powstał zespół na czele z wiceprezsem ORL w Warszawie Jarosławem Bielińskim, który w pół roku przygotował propozycję reformy systemu kształcenia podyplomowego i prawa pracy. Zanim powstał projekt ustawy liczącej ok. 200 stron, przeprowadzono m.in. badanie opinii wśród środowiska i proszono o pomoc zewnętrznych ekspertów.

FALA OCZEKIWAŃ

Nadzieje środowiska lekarskiego były ogromne. Po pierwsze dlatego, że obietnica ustawowych zmian na lepsze nie spadała z nieba, lecz została wywalczona w wyniku protestu rezydentów zapoczątkowanego równie dramatyczną, co spektakularną w odbiorze społecznym głódówką. Część środowiska lekarskiego nabrała przekonania, że władza skapitulowała przed młodymi lekarzami

i teraz może być już tylko lepiej. Drugim powodem było to, że minister Szumowski przyjął postawę koncyliacyjną, wielokrotnie zapewniając przed kamerami, że zespół ma wolną rękę. Faktycznie tak było. Co więcej, prosił o sprawną pracę, tak by zmiany udało się przyjąć jeszcze przed wyborami parlamentarnymi zaplanowanymi na jesień 2019 r. To dodatkowo napędziło falę oczekiwań w środowisku lekarskim, na które z zazdrością spoglądały inne zawody medyczne.

MASKI OPADŁY PO WYBORACH

Projekt ustawy, który do rąk ministra zdrowia trafił w styczniu 2019 r., niósł za sobą znaczne skutki finansowe, pociągając jednocześnie konieczność dokonania licznych zmian w obszarach od dawna niedotykanych w ogóle przez ostatnich szefów resortu. Nie nadano mu priorytetowego biegu, a wśród lekarzy z tygodnia na tydzień gościł optymizm, przekształcając się w poczucie bezsilności, zniecierpliwienie, a potem nierzadko złość. Dopiero pod koniec maja 2019 r. projekt skierowano do konsultacji publicznych. Nie trafił do łaski marszałkowskiej przed październikowymi wyborami do sejmu i senatu. Tydzień po wyborach opadły maski – bynajmniej nie te, do których przyzwyczailiśmy się w czasie pandemii, ponieważ w tamtym czasie wirusa SARS-CoV-2 jeszcze nie było – a dlatego, że pojawiła się zupełnie nowa wersja projektu ustawy. Z pierwotnej wersji zniknęła większość zapisów korzystnych dla rzeszy lekarzy i lekarzy dentyków i już nigdy do niej nie powróciła.

CZĘŚĆ POSTULATÓW SPEŁNIONO

Jakby tego było mało, dopisano nigdzie wcześniej niezapowiedziane i z nikim niekonsultowane rozwiązania mające umożliwić przyznawanie nowego typu PWZ lekarzom posiadającym tytuł specjalisty uzyskany poza UE. Cel: otworzyć na niespotykaną dotąd skalę dostęp do polskich placówek medycznych z jednoczesnym zepchnięciem na bok procedury nostryfikacyjnej. Dziś do tego pomysłu już trochę przywykliśmy, ale wtedy to był grom z jasnego nieba. Ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry ostatecznie uchwalono w lipcu 2020 r. bez najbardziej kontrowersyjnych regulacji dotyczących lekarzy cudzoziemców spoza UE (podobne

rozwiązania weszły w życie później w ramach innych ustaw). Wprowadzone wówczas zmiany w głównej mierze dotyczyły kwestii związanych z kształceniem podyplomowym (głównie stażu podyplomowego i specjalizacji), niewątpliwie wychodząc naprzeciw części postulatów środowiska lekarskiego, ale w związku z wyrzuceniem do kosza zdecydowanej większości rozwiązań zawartych w „projekcie Bilińskiego”, relacje między ówczesnym szefem resortu zdrowia i lekarzami ochłodziły się. Wielu medyków ostatecznie straciło do ministra zaufanie.

NAKAZY, ZAKAZY I STRACH

Na linii Szumowski – lekarze prawdziwym chłodem powiało po ogłoszeniu pandemii COVID-19, gdy proces tworzenia prawa, daleki od doskonałości przed jej ogłoszeniem, przybrał – zresztą przy aktywnym współudziale ministra zdrowia – formę biegunki legislacyjnej. Przepisy radykalnie zmieniające codzienne życie prywatne i zawodowe milionów Polek i Polaków wprowadzono niemal z dnia na dzień, często w atmosferze zamętu informacyjnego. Towarzyszyły temu rozmaite nakazy i zakazy dotyczące lekarzy. Im dłużej trwała pandemia, tym więcej oporu wywoływały wprowadzane naprędce przepisy. W tamtym czasie samorząd lekarski, do którego napływały liczne prośby od członków izb, miał pełne ręce roboty. W najbardziej „gorących” momentach pandemii czas wyznaczany na konsultacje publiczne projektów rozporządzeń i ustaw z restrykcjami odliczano w godzinach. Osoby analizujące regulacje zarywały

noce, a przecież dokumenty często miały znacznie więcej niż po kilka-kilkanaście stron i nierzadko składały się z długiej listy zmian przepisów.

NO-FAULT TYLKO NA PAPIERZE

Zmiana na stanowisku szefa resortu zdrowia w sierpniu 2020 r. niewiele dała środowisku lekarskiemu. Adam Niedzielski zaczął podobnie jak jego poprzednik: od otrzymania kredytu zaufania ze strony samorządu lekarskiego i od złożenia miłych dla ucha obietnic. W pierwszych dniach po objęciu urzędu nowo powołany minister zdrowia gościł w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. W trakcie posiedzenia NRL poinformował o rozpoczęciu konsultacji politycznych w sprawie nowelizacji art. 37a kodeksu karnego i zapowiedział urzęczywstnienie idei no-fault. Obietnice obietnicami, a życie życiem. Czas mijał nieubłaganie. Zakusy obozu władzy na zaostrzenie przepisów dotyczących karania za nieumyślnie popełnione błędy związane z wykonywaniem zawodu powróciły jak bumerang, a to, co znalazło się kilka miesięcy temu w projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta i przez ministra jest określane jako no-fault, dla lekarzy stanowi – w zależności od tego, kto ocenia – ledwie krok w tym kierunku albo grę pozorów.

WIĘCEJ WŁADZY, MNIEJ SWOBODY

Obawy dużej części lekarzy wzbudziły pomysły ministra Niedzielskiego na centralizowanie szpitali oraz regulacje zawarte w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności

Ile PKB na zdrowie?

Mijająca kadencja samorządu lekarskiego upłynęła pod znakiem walki o wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Nie mniej niż 6 proc. w relacji do PKB w 2023 r. i przynajmniej 7 proc. PKB w 2027 r. – to zostało zapisane w znówelizowanej w sierpniu 2021 r. ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zanim doszło do jej uchwalenia, w lipcu 2018 r. Sejm przyjął ustawę zakładającą wzrost nakładów do 6 proc. PKB do 2024 r. Szkopuł w tym, że szybko pojawiły się zastrzeżenia wokół metody ich obliczania. W związku z tym, że z ustawy zniknęła możliwość korygowania wartości PKB w trakcie danego roku, poziom finansowania formalnie zostaje osiągnięty, choć w praktyce – jak alarmował samorząd lekarski – pula środków trafiających na leczenie została uszczuplona. W ocenie NRL znaczące zwiększenie finansowania jest potrzebne w każdym obszarze opieki zdrowotnej, a szczególnie niepokój budzi m.in. kondycja finansowa wielu szpitali oraz przyszłość publicznej stomatologii. Te kwestie są jednymi z kluczowych i niestety nierozwiązanych problemów stojących przed władzami państwowymi.

szpitalnictwa. Jeśli ta ostatnia wejdzie w życie, placówki będą podlegać nie- zwykłe sformalizowanej ocenie. Nad szpitalami znajdującymi się w gorszej kondycji finansowej zostanie rozto- czony ministerialny nadzór, co wpłynie na warunki pracy i, być może, płacy zatrud- nionych tam osób. Samorząd lekarski ostrzegł, że rozwiązania szykowane przez resort zdrowia mogą okazać się lekiem gorszym od choroby.

SPÓR O WYNAGRODZENIA

Kiedy między ministrem Niedzielskim a środowiskiem lekarskim zaiskrzyło na dobre, rozpoczęły się prace nad nową siatką wynagrodzeń pracow- ników w ochronie zdrowia. Okazało się, że w Trójstronnym Zespole ds. Ochro- ny Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia o wysokości minimalnych wynagrodzeń medyków formalnie więcej do powie- dzenia ma kilka central związkowych i organizacji pracodawców niż samorzą- dy zawodów medycznych, co, nawiasem mówiąc, stało się zarzewiem długiego protestu przed kancelarią premiera. W wyniku nowelizacji ustawy o mini- malnych płacach w ochronie zdrowia w maju 2021 r., minimalne wynagrodze- nie lekarzy ze specjalizacją II stopnia, którzy zobowiązali się do nieudzielania tożsamych świadczeń w innej placówce finansowanej ze środków publicznych, wzrosło o 19 zł brutto (do 6769 zł brut- to). W tym roku podwyżka nie będzie kilkunastozłotowa. Od 1 lipca br. lekarz specjalista albo lekarz dentysta ze specjalizacją prawdopodobnie zarobi przynajmniej 8210,67 zł brutto. To dużo mniej niż oczekiwania formułowane przez Krajowy Zjazd Lekarzy, zgodnie

Resort zdrowia przymusił lekarzy do e-zmian.

z którymi minimalne wynagrodzenie dla lekarza ze specjalizacją nie powinno być niższe od 3-krotności średniej krajowej. W ciągu ostatnich kilku miesięcy lekar- skie kieszenie uszczupliło wejście w ży- cie największej w historii III RP rewolucji podatkowej. Nie powinno być to wielkim zaskoczeniem, bo lekarze nie mieli zna- leźć się wśród beneficjentów Polskie- go Ładu. Na horyzoncie wyłaniają się kolejne zmiany, które drugi raz w tym roku wpłyną na to, ile podatków zosta- nie uszczkniętych z lekarskich umów o pracę i kontraktów.

E-LAWINA RUSZYŁA OD E-ZŁA

Z kilkoma ostatnimi latami na trwałe będzie kojarzyła się postępująca cyfry- zacja systemu ochrony zdrowia. W tej sprawie głos wielokrotnie zabierała NRL i Prezydium NRL. Samorząd lekarski stał na stanowisku, że nie należy utrudniać pracy lekarzom przyzwyczajonym do formy papierowej, jak i tym, którym ob- sługa komputera sprawia kłopoty, nie wspominając o osobach pracujących na przestarzałym sprzęcie lub pozba- wionych szybkiego i niezawodnego połączenia z internetem. Resort zdra- wia miał odmienne zdanie i, nazywając rzeczy po imieniu, przymusił środowi- sko do e-zmian, nie dając taryfy ulgo- wej lekarzom seniorom. Czas leci tak szybko, że nie każdy może pamiętać, że już od 3,5 roku wystawiane są ob- ligatoryjnie e-ZLA. Po e-zwolnieniach pojawiły się e-recepty i e-skierowania,

a w życie wszedł kolejny etap tworzenia EDM. Z perspektywy czasu ocena cy- fryzacyjnych zapędów władzy staje się coraz bardziej zniuansowana. W wielu placówkach zabrakło i nierzadko nadal brakuje odpowiedniego sprzętu, przez co wielu lekarzy, zamiast koncentrować się na diagnozowaniu i leczeniu pacjen- tów, „walczy” z zawieszającym się raz po raz komputerem i przerwami w dostępie do internetu. Aplikacje też nie zawsze działają bez zarzutu. Rosną e-obowią- zki i towarzysząca im odpowiedzialność prawna, co przekłada się na wzrost kosztów praktyk lekarskich. Z drugiej strony niektóre osoby, wcześniej uwa- żające e-zmiany za epokowe przekleń- stwo, czasami z satysfakcją odstawiają na bok kartki i długopisy. Z papierowymi receptami działały się różne rzeczy, pod- czas gdy elektronicznej recepty pacjent nie zgubi, a pies nie zje.

GRA POZORÓW

Ostatnie cztery lata były wielkim wy- zwaniem dla osób chcących wpływać na kształt przepisów dotyczących sys- temu ochrony zdrowia i wykonywanie zawodu lekarza. W trakcie VIII kadencji samorządu lekarskiego, po wybuchu pandemii, kierownictwo Ministerstwa Zdrowia chyba w większym stopniu niż we wcześniejszych latach odseparowa- ło się od głosu płynącego z izb lekar- skich. Mimo to obóz władzy czasami prowadził dialog ze środowiskiem, choć wydaje się, że na ogół było to stwarza- nie pozorów niż faktyczna chęć dojścia do porozumienia.

PRZYSZŁOŚĆ NAZNACZONA WOJNA

Na pytanie, czy osoby wyłonione w trak- cie najbliższego Krajowego Zjazdu Leka- rzy będą miały identyczne zmartwienia, trudno odpowiedzieć, bo przyszłość jest nieznana, a za sprawą wojny za naszą południowo-wschodnią granicą niepew- ność jutra nabrała nowego wymiaru. Trwa dyskusja o wprowadzaniu ułatwień przy podejmowaniu pracy przez lekarzy ze Wschodu. Dramatyczne doniesienia płynące z Ukrainy i zwyczajna empatia spycha na dalszy plan apele samorządu lekarskiego o nieobniżanie bezpieczeń- stwa zdrowotnego i nielekceważenie braku znajomości języka polskiego ze strony lekarzy, którzy opuścili ogarnięty wojną kraj. Gdy w grę wchodzi emo- cje, trudno prowadzić spór tylko na ar- gumenty. ■

Była złość, pozostał niesmak

W trakcie pandemii lekarzom szczególnie dotkliwie we znaki dały się nakazy pracy. Wyuczona specjalizacja często przestała mieć znaczenie. Z kolei przepisy dotyczące tzw. dodatków covidowych okazały się niekończącą się opowieścią o tym, jak wbić klin w środowisko i skutecznie odwrócić uwagę od oceny bieżącej walki z COVID-19, na której wielu lekarzy nie zostawiło suchej nitki. Z perspektywy czasu widać, że dodatki przyznane części personelu medycznego, zamiast stanowić podziękowanie za walkę z epidemią i dodatkowy motywator, podzieliły i rozeźliły środowisko. Gory- czy nie zabrakło nawet wśród osób otrzymujących te pieniądze. Niesmak pozostał również w związku z realizacją Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, polityką rządu wobec szczepień ochronnych i niemrawej, a wręcz – jak ocenia wielu medyków – udawanej walce z rozpowszechnianiem kłamstw na ich temat. Samorząd lekarski brał bardzo aktywny udział w debacie publicznej, formułując konkretne propozycje natury legislacyjnej.

Fakty i liczby

Celami dla rosyjskiego wojska i opłacanych przez Kreml zagranicznych najemników są m.in. budynki mieszkalne i placówki medyczne. Ogrom zniszczeń, brutalność żołnierzy i niepewność jutra zmusiły wielu cywili do opuszczenia Ukrainy.

10 medyków

z Ukrainy dołączyło do zespołu Szpitala Bielańskiego w Warszawie w okresie od końca lutego do końca marca. Część z nich asystuje polskim lekarzom i pomaga np. w kontakcie z ukraińskojęzycznymi pacjentami. Rządowa specustawa znacząco ułatwia zatrudnianie obywateli Ukrainy w podmiotach leczniczych.

90%

wszystkich uciekających z Ukrainy stanowią kobiety i dzieci – ocenia Wysoki Komisarz Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR). Może im zagrażać niebezpieczeństwo m.in. ze strony grup przestępczych i siatek przemytniczych, które handlują ludźmi i nie mają skrupułów przed wykorzystywaniem ofiar wojny.

220 mm

pociski rakietowe takiego kalibru mogą być wyrzucane z systemu artylerii rakietowej BM-27 Uragan. To przy jego wykorzystaniu Rosjanie ostrzelali szpital urazowy w mieście Łyman w obwodzie donieckim na wschodzie Ukrainy w II połowie kwietnia. Doszło do pożaru i zniszczenia zarówno lecznicy, jak i pobliskich budynków mieszkalnych.

800 studentów

medycyny z Ukrainy przyjęły polskie uczelnie medyczne do połowy kwietnia, w tym prawie stu UM w Lublinie. Na ogół są to Polacy studiujący dotychczas za naszą południowo-wschodnią granicą. – Jesteśmy otwarci na przyjmowanie studentów kierunków medycznych z Ukrainy. Traktujemy to jako nasz obowiązek – mówi rektor lubelskiej uczelni.

2 tysiące pacjentów

z Ukrainy było hospitalizowanych w Polsce w 7. tygodniu po rozpoczęciu pełnoskalowej agresji przez Federację Rosyjską na ich kraj. Blisko połowa z nich to dzieci. Większość ma choroby związane z wycieńczeniem i ciężką podróżą, a tylko pojedyncze osoby odniosły rany w działaniach wojennych (mają głównie obrażenia twarzy i oczu).

10 tysięcy

co najmniej tylu ukraińskich żołnierzy mogą przyjąć polskie szpitale, jeżeli zajdzie taka konieczność – powiedział premier Mateusz Morawiecki w połowie kwietnia w trakcie wizyty we Lwowie, dodając, że w Polsce leczonych jest już kilkudziesięciu rannych żołnierzy. To obywatele Ukrainy polskiego pochodzenia. Są rozlokowani w różnych miastach.

35,4 tysiące

zaledwie tylu uchodźców z Ukrainy przyjęło w Polsce szczepionkę przeciwko COVID-19 do połowy kwietnia – wynika z danych resortu zdrowia. Ukraina jest jednym z najgorzej wyszczepionych krajów w Europie. Szczepienia osób dorosłych przeciwko COVID-19 rozpoczęły się w lutym 2021 r. i do chwili rosyjskiego ataku w lutym br. objęły ok. 35 proc. z nich.

44,1 miliona

mieszkańców liczyła Ukraina przed inwazją Rosji, która rozpoczęła się 24 lutego br. W ciągu kilku tygodni na wyjazd za granicę zdecydowało się kilka milionów osób, udając się przede wszystkim do Polski. Dla porównania: w naszym kraju, pomijając trwający od kilku tygodni napływ uchodźców, mieszka ok. 38,1 mln osób.

142 tysięcy uchodźców

przekroczyło polsko-ukraińską granicę w niedzielę 6 marca (dane Straży Granicznej). To był rekordowy dzień. Z biegiem czasu część Ukraińców, która schroniła się w Polsce przed wojną, zaczęła decydować się na powrót do swojej ojczyzny. W drugiej połowie kwietnia pierwszy raz od kilku tygodni bilans przyjazdów i wyjazdów praktycznie zrównał się.

ANALIZA

Wojna trwa



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Rosyjski atak na Ukrainę zaskoczył chyba cały świat. Nie mniej zdumiewa nieustępliwa obrona naszych sąsiadów. Największe przerażenie budzą jednak metody, jakimi Kreml chce osiągnąć swoje cele.

Zdrowie jest najważniejsze – to zdanie często słyszy się z wielu ust. Liczne badania opinii publicznej wskazują, że plasuje się ono w ścisłej czołówce najważniejszych wartości gwarantujących szczęście i zadowolenie z życia. Nie wiadomo, w jaki sposób wojna w Ukrainie wpłynie na zmianę hierarchii wartości Polaków, ale bez wątplenia doszło już do tego za naszą południowo-wschodnią granicą. W obliczu konfliktu zbrojnego, gdy niezwykle realna staje się utrata własnego życia i życia swoich bliskich, inaczej zaczyna być postrzegana otaczająca rzeczywistość.

Wojna to kontynuacja polityki za pomocą innych środków – ta prosta prawda sformułowana przez gen. Carla von Clausewitza, oczywista dla historyków, politologów i ekspertów od spraw bezpieczeństwa, zdaje się docierać do świadomości społecznej również w naszym kraju. Wprawdzie rosyjska agresja na Ukrainę rozpoczęła się już w 2014 r., ale do wielu osób nie docierało, że jeden z naszych sąsiadów zajął drugiemu sąsiadującemu z nami państwu część terytorium (Krym), a na innym obszarze (Donbas) wywołał konflikt zbrojny, pilnując, by nie doszło do jego wygaśnięcia.

ZACHWIANE POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA

Kiedy 24 lutego br. prezydent Federacji Rosyjskiej Władimir Putin w ostentacyjny sposób przesunął pionki na geopolitycznej szachownicy, wielu Polaków zaczęło stawiać sobie pytanie, czy jesteśmy bezpieczni? Zastanawiają się nad tym również polscy lekarze, którzy tworzą grupę zawodową mocno wyczułoną na ludzką krzywdę. W czasach pokoju widzą z bliska sporo cierpienia, a przecież każda wojna niesie ze sobą jeszcze większe morze bólu i łez. Wydaje się, że to, co od kilku tygodni dzieje się za naszą południowo-wschodnią granicą, zachwiało poczuciem bezpieczeństwa wielu osób. Bezpieczeństwo, czyli stan niezagrożenia, dający poczucie pewności i gwarancję jego zachowania, ma kluczowe znaczenie dla normalnego

funkcjonowania człowieka. Jest jedną z najbardziej podstawowych potrzeb egzystencjalnych i ma dużo więcej wspólnego ze zdrowiem niż wydaje się to na pierwszy rzut oka.

GDY CZOŁGI U BRAM, MYŚLIMY INACZEJ

W naszej części Europy pojęcie bezpieczeństwa ewoluowało w ostatnich dekadach. Wobec zmian, jakie zaszły na przełomie lat 80. i 90. XX w., przypieczętowanych rozpadem ZSRR, rosnące znaczenie zaczęliśmy przywiązywać do aspektów pozamilitarnych. Ten proces szedł w parze z próbą coraz skuteczniejszego odpowiadania na potrzeby społeczeństwa w zakresie potrzeb zdrowotnych. Kiedy państwo nie jest w stanie zapewnić bezpieczeństwa swoim obywatelom,

ich życie i zdrowie może być zagrożone.

Można je stracić nie tylko z powodu bezpośredniej agresji żołnierzy. Nie zawsze jest to dostatecznie rozumiane w czasach pokoju, ale gdy wybucha wojna, ten fakt szybko przedostaje się do świadomości społeczeństwa. Od kilku tygodni na własnej skórze doświadcza tego naród ukraiński. O tym, że w Kijowie czy Charkowie

ludzie giną od bomb, pocisków raketowych i kul z karabinów, cały świat wiedział od pierwszych godzin po rozpoczęciu przez Rosję pełnoskalowej inwazji. Niestety rośnie liczba ofiar, które tracą życie z innych powodów.

**Rosjanie
z premedytacją
niszczą obiekty
medyczne.**

ARTYLERIA NIE OSZCZĘDZA SZPITALI

Część ukraińskiej ludności po prostu nie ma gdzie się leczyć, bo rosyjscy „wyzwoliciele” z premedytacją niszczą obiekty medyczne. Zrujnowany w wyniku rosyjskich ataków szpital w miejscowości Wołnowacha w obwodzie donieckim był jedyną placówką w promieniu kilkudziesięciu kilometrów umożliwiającą skorzystanie ze specjalistycznej opieki medycznej. Ilu okolicznych mieszkańców dozna po jego zniszczeniu uszczerbku na zdrowiu, a może nawet przedwcześnie odejście z tego świata, nie wiadomo. Za to pewne jest, że podobnych przypadków jest więcej. Nawet jeśli jakaś placówka medyczna jak dotąd nie ucierpiała z powodu ostrzału artyleryjskiego,

to personel medyczny nie zawsze jest w komplecie. Niektórzy lekarze pomagają na zapleczu frontu, zdarzają się wyjazdy do innego regionu kraju lub ucieczki za granicę. Jeżeli w szpitalu jest pełna obsada kadrowa, często brakuje leków i materiałów opatrunkowych. Nie dość, że w obliczu wojny wzrosło na nie zapotrzebowanie, więc szybciej się kończą, to na dodatek nie ma co liczyć na regularne dostawy medykamentów czy materiałów opatrunkowych.

KARETKA DO NIKOGO NIE POJEDZIE

Na terenach zajętych przez Rosjan znane są przypadki wprowadzania zakazu wyjazdu karetek pogotowia do wewzwar miejscowej ludności. Część z nich zresztą nie dociera do osób potrzebujących pomocy z powodu trwających walk lub braku możliwości szybkiego kontaktu z dyspozytorami. Nie wszędzie działają telefony. Zdarzało się, że wycofujący się pod naporem Ukraińców rosyjscy żołdacy rozmieszczali w placówkach medycznych miny. Z kolei osoby wracające do swoich domów trafiają na pułapki mające ich okaleczyć. Materiały wybuchowe ukrywane są np. w pralkach, lodówkach czy kuchenkach mikrofalowych, tak by po otwarciu drzwi doszło do eksplozji. To, że agresorzy kradną sprzęt AGD, to już zupełnie inna para kaloszy.

TORTURY, GWALTY, TRAUMA NA CAŁE ŻYCIE

Co raz odkrywane są makabryczne znaleziska – zwłoki znajdowane są w piwnicach, garażach czy studniach. Bywa, że ofiary noszą ślady tortur lub wykorzystania seksualnego. Część cywilów, która doświadczyła niewyobrażalnego okrucieństwa lub była ich mimowolnym świadkiem, przeżyła, ale przez długi czas, a być może już na zawsze, pozostanie z traumą. Nie można wykluczyć, że takie koszmary bezpośrednio dotknęły ukraińskich medyków lub ich najbliższych, a nawet jeśli do tego nie doszło, to biorąc pod uwagę skalę rosyjskiej inwazji i nieodosobnione przypadki okrucieństwa, może to być tylko kwestią czasu. – Bez broni nie wygramy wojny – powiedział bez ogródek ambasador Ukrainy w Polsce Andrij Deszczyca, który na początku kwietnia gościł w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. W trakcie posiedzenia NRL w szczególny sposób podziękował polskim lekarzom za pomoc udzielaną swoim rodakom. – Do Andrzeja dzwonię o każdej porze, o 24.00 i o 7.00 rano, prosząc o pomoc – w tych słowach nawiązał do rozmów telefonicznych z prezesem NRL Andrzejem Matyją. Podkreślenia wymaga to, że ambasador dziękował lekarzom, których powołaniem jest walka z chorobami, ale dał jasno do zrozumienia, że o ile dzięki ich wysiłkowi i umiejętnościom można ratować ludzkie życie i zdrowie, to w ten sposób nie da się zatrzymać rosyjskich tanków.

TO DOPIERO POCZĄTEK WYZWAŃ

Kryzys uchodźczy wywołany rosyjską agresją to duże wyzwanie dla Polski, w tym także dla naszego systemu ochrony zdrowia. Wobec napływu znacznej liczby uchodźców, których pewna część prędzej lub później stanie się pacjentami, w niektórych placówkach wzrośnie zapotrzebowanie na opiekę medyczną. To nie jest bez znaczenia m.in. w kontekście narosłego w trakcie pandemii długu zdrowotnego, który notabene dotyczy zarówno populacji polskiej, jak i ukraińskiej. Póki co zdecydowaną większość uciekających z Ukrainy stanowią kobiety i dzieci. – W skali kraju mamy ok. 2 tys. przypadków hospitalizacji pacjentów z Ukrainy, z czego połowę stanowią dzieci – poinformował minister zdrowia Adam Niedzielski w połowie kwietnia, czyli po blisko 7 tygodniach trwania „operacji specjalnej”, jak eufemistycznie kremlowska propaganda określa zbrojną napad na Ukrainę.

W SZPITALACH MIEJSC NIE ZABRAKNIĘ

Zdaniem ministra Niedzielskiego, choć trafiają się bardzo ciężkie przypadki, np. skomplikowane operacje ratujące wzrok, większość hospitalizacji dotyczy przypadłości związanych z trudną drogą, jaką przebyli uciekający, opuszczając ogarnięty wojną kraj. Pojawiające się tu i ówdzie obawy, że zabraknie miejsc w polskich szpitalach, bo trafiają do nich tyśiące rannych lub schorowanych obywateli Ukrainy, okazały się na wyrost. Jak mówi wieloletni dyrektor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi prof. Maciej Banach, z rozmów z kolegami kardiologami z różnych części Polski wie o pojedynczych przypadkach hospitalizacji uchodźców z powodu chorób sercowo-naczyniowych. – Są również osoby, którym udzielana jest pomoc w ramach opieki ambulatoryjnej, ale nie jest to liczba, przynajmniej na razie, stanowiąca duży problem dla naszych szpitali – dodaje. Trochę większy problem mają niektórzy lekarze rodzinni, gdy w ich gabinetach pojawiają się kolejne osoby chorujące przewlekłe, które opuściły ogarnięty wojną kraj bez lekarstw.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA ZOBOWIĄZUJE

Bariera językowa jest jedną z najważniejszych bolączek w zapewnieniu opieki medycznej uciekinierom wojennym. Lekarze starają się jakoś temu zaradzić, ale w placówkach medycznych, nawet tych położonych niedaleko wschodniej granicy, na ogół nie ma nikogo, kto w miarę dobrze zna język ukraiński lub rosyjski. Tłumaczy też jest jak na lekarstwo. Jak w takiej sytuacji pacjenci z Ukrainy mają udzielić świadomej zgody na leczenie? W środowisku lekarskim pojawiają się obawy związane z odpowiedzialnością za ewentualne błędy w rozpoznaniach czy

Pacjenci muszą być bezpieczni

Z różnych stron dochodzą pomysły mające zapobiec pojawieniu się ewentualnych utrudnień w dostępie do placówek medycznych po włączeniu do systemu dodatkowej grupy pacjentów zza naszej południowo-wschodniej granicy. Samorząd lekarski opowiada się m.in. za przyznaniem pracownikom medycznym z Ukrainy uprawnień opiekuna medycznego. Pozwoliłoby to podjąć im pracę do momentu uzyskania

uprawnień zawodowych, a jednocześnie mogłoby trochę odciążyć pozostały personel. Zdaniem NRL trwająca tuż za miedzą wojna, jak również potrzeby zdrowotne uchodźców, którzy uciekając przed nią znaleźli się na terytorium Polski, wskazują na potrzebę wprowadzenia szczególnych rozwiązań prawnych, ale nie może to prowadzić do obniżenia poziomu bezpieczeństwa udzielania świadczeń.



Na Ukrainę trafiły m.in. karetki wypełnione darami, zakupione ze środków Fundacji Lekarzy Lekarzom, działającej przy NIL.

niewłaściwie prowadzone leczenie, które mogą być następstwem złej komunikacji z pacjentem z powodu braku znajomości języka. Z oczywistych powodów wielu uchodźców nie ma dokumentacji medycznej. Nie zawsze też wiedzą, co im dolega. – Jeśli ktoś przynosi leki przeciwpadaczkowe, to nie wiem, na co choruje, bo stosuje się je w wielu schorzeniach. Bywa i tak, że przychodzi pacjent z lekami przeciwpadaczkowymi i wie tylko tyle, że ma padaczkę, ale bez udokumentowanego rozpoznania. I tu zaczyna się poważny problem, bo jak w takim przypadku leczyć pacjenta zgodnie ze sztuką medyczną? – pyta Joanna Szeląg, lekarz specjalista medycyny rodzinnej z Białegostoku. Dodaje, że trzeba być niezwykle ostrożnym, gdy chce się komuś pomóc tylko w oparciu o przyniesione opakowanie po leku, w dodatku z cyrylicą na etykiecie.

SPÓR O KWALIFIKACJE LEKARSKIE

W ocenie samorządu lekarskiego przepisy omijające znajomość języka polskiego jako warunku koniecznego do wykonywania zawodu są potencjalnym zagrożeniem dla pacjentów. – Częścią pracy każdego lekarza są rozmowy z innymi lekarzami i rodziną pacjenta, referowanie jego stanu innym medykom, konsultacje osobiste i telefoniczne, omawianie kwestii przekazywania pacjenta do innego szpitala. Dlatego jednym z warunków uznania kwalifikacji lekarskich powinna być biegła znajomość języka polskiego – mówi Damian Patecki, anestezjolog, współzałożyciel Porozumienia Rezydentów i jego pierwszy przewodniczący. Resort zdrowia nie bierze pod uwagę tych argumentów. W ograniczeniu bariery językowej mają pomóc bezpłatne kursy online z podstaw medycznego języka polskiego organizowane przez CMKP, adresowane m.in. do ukraińskich lekarzy. Zajęcia zaplanowano w grupach 15-osobowych. Łączny czas: 45 godzin. Na pewno to lepsze niż nic, ale w środowisku lekarskim pojawiły się głosy sceptycyzmu, że w takim czasie nie da się wystarczająco wiele nauczyć.

NIE UNIKNIE SIĘ ROZMÓW O PIENIĄDZACH

Od pewnego czasu przedstawiciele rządu coraz głośniejszymi głosem mówią, że na dłuższą metę Polska nie da rady samodzielnie sfinansować obecności licznej rzeszy uchodźców z Ukrainy, a część polityków związanych z obozem władzy przyznaje, że już teraz są pewne kłopoty ze znalezieniem środków na ten cel. Na tym tle doszło już do pierwszych tarć. Przedstawiciele samorządu terytorialnego nie do końca są zadowoleni z wysokości przekazywanych im środków, a organizacje

pozarządowe skarżą się, że od prywatnych darczyńców otrzymują dużo więcej wsparcia niż od państwa, choć nieustannie proszą o wsparcie rząd i wojewodów. Wielu przedsiębiorców i zwyczajnych ludzi zapewniło uciekającym przed wojną dach nad głową i wyżywienie, a nierzadko finansuje m.in. zakup leków w aptece. Szacuje się, że sama opieka zdrowotna nad milionem ukraińskich uchodźców stanowi miesięczny wydatek rzędu 300 mln zł. Zakładając, że w Polsce przebywa ich 2 mln, koszty rosną dwukrotnie (do 600 mln zł miesięcznie). Mnożą się wątpliwości, czy te wyliczenia odpowiadają faktycznie ponoszonym wydatkom, skoro kwoty podane przez rząd przy uchwalaniu specustawy dotyczącej pomocy uchodźcom są powszechnie kwestionowane jako mocno zaniżone.

OBAWY WYPIERAJĄ ARGUMENTY

Odnoszę wrażenie, że część osób kwestionuje potrzebę otwartej dyskusji o faktycznych kosztach, nie tylko finansowych, ponoszonych w związku z wojną w Ukrainie. Mówi się, że jeszcze przyjdzie na to czas albo że nie wolno tego robić, bo to wypominanie pomocy osobom uciekającym przed śmiercią, choć często z żadanymi żałami i skąpieniem grosza nie ma to nic wspólnego. Pojawiają się obawy o skażenie takiej debaty sympatiami partyjnymi lub wyznawaną ideologią. W takiej sytuacji rzeczowe argumenty i konkretne liczby zastępują subiektywne sądy i opinie, bo życie nie znosi próżni. Nie ma eksperckiej burzy mózgów, która mogłaby doprowadzić m.in. do poprawy efektywności świadczenia szeroko rozumianej pomocy humanitarnej. Doświadczenia krajów zmagających się z masowym napływem uchodźców wskazują, że do takiej debaty i tak dochodzi, gdy kryzys się przedłuża i zaczyna brakować pieniędzy na różne wydatki. Wiele osób zadaje wówczas pytania, których w debacie publicznej wcześniej się nie spotykało, mimo że w kuluarach na te tematy dyskutowano od dawna. Wydatki ponoszone w związku z opieką medyczną nad uchodźcami z Ukrainy już stały się pretekstem do możliwej rezygnacji z części dostaw szczepionek przeciw COVID-19 lub ich opóźnienia. Rząd i resort zdrowia wskazują, że zawarta w nieodległej przeszłości umowa słono kosztuje, preparaty na razie nie są potrzebne, a udzielana pomoc ma swoją cenę. Nie wróży to najlepiej. ■

Kwestia szczepień oczywista, ale...

Już kilka tygodni temu NRL zaapelowała o podjęcie decyzji umożliwiających zgodne z prawem działanie punktów pomocy medycznej tworzonych przez samorządy i inne instytucje pomagające uchodźcom, a także organizację gabinetów lekarskich w miejscach, gdzie są największe skupiska Ukraińców. Rada za konieczne uznała też rozszerzenie kompetencji przyszpitalnych poradni pediatrycznych i internistycznych o możliwość leczenia uchodźców. Wciąż nierozwiązaną kwestią są szczepienia. Na mocy ministerialnego rozporządzenia, osoby nieposiadające dokumentacji medycznej potwierdzającej ich wykonanie są traktowane jak nieszczepieni i powinni zostać objęci szczepieniami. Jak dotąd nie przeprowadzono działań na szerszą skalę w tym względzie.

OPINIE

Sonda

W związku z wojną trwającą za naszą wschodnią granicą, rośnie liczba pacjentów z Ukrainy oraz przybywa medyków gotowych do podjęcia pracy w polskich szpitalach. Brak znajomości naszego języka doskwiera zarówno uchodźcom, jak i lekarzom z Ukrainy, którzy od niedawna przebywają w Polsce.

GazetaLekarska.pl ✨



Joanna Szeląg
lekarz specjalista medycyny rodzinnej z Białogostoku, wiceprezes Podlaskiego Związku Lekarzy Pracodawców „Porozumienie Zielonogórskie”

Bariera językowa, jeśli chodzi o uchodźców z Ukrainy, to poważny problem. Dlatego zaczęły powstawać oddolne inicjatywy, które mają ułatwić komunikację między lekarzem a pacjentem. Naczelna Izba Lekarska udostępniła słowniki polsko-ukraińskie i kartę wywiadu lekarskiego w języku ukraińskim. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej zorganizowało wyszukiwarkę poradni przyjmujących pacjentów w języku ukraińskim, rosyjskim lub angielskim oraz bazę tłumaczy, którzy w określonych godzinach są pod telefonem. Później Ministerstwo Zdrowia uruchomiło aplikację LikarPL, która ma zapewnić tłumaczenie symultaniczne między pacjentem i lekarzem mówiącymi różnymi językami.

Ta aplikacja, przynajmniej na początku, działała bardzo nieporadnie, ale jak na razie to jedyne systemowe narzędzie, które pomaga lekarzom i ich chroni w przypadku nieporozumienia językowego. Naczelną zasadą każdego lekarza jest dobro pacjenta. Musimy działać tak, by przede wszystkim nie szkodzić. Żeby skutecznie pomóc osobie potrzebującej pomocy, musimy być pewni, że dobrze ją

Pacjent musi wyrazić zgodę na obecność tłumacza.

zrozumieliśmy. Lekarz nie może szukać pomocy na forach internetowych, gdzie dostanie cztery różne odpowiedzi, spośród których wybierze tę, która mu bardziej pasuje. W zakresie udzielania porad zdrowotnych potrzebujemy pewności. Tu nie ma miejsca na domysły. Liczymy, że uchodźcy z Ukrainy będą uczyli się języka polskiego. Z moich obserwacji wynika, że wielu z nich chce podjąć

pracę w Polsce. W dogadaniu się mogą pomóc także ukraińskie dzieci. Dzięki temu, że będą chodzili do szkoły, nauczą się języka polskiego i zostaną pewnego rodzaju tłumaczami dla swoich rodziców. Zanim wybuchła wojna w Ukrainie, przyjmowałam dorosłych pacjentów m.in. z Czeczenii, którzy przychodzili ze swoimi dziećmi, pośrednicząc w kontakcie między mną i swoimi rodzicami. Oczywiście pacjent musi wyrazić zgodę na obecność tłumacza, ale przede wszystkim najważniejsza jest pewność, że osoba pośrednicząca w komunikacji z lekarzem dobrze przekłada rozmowę w obie strony. Osobną kwestią to brak znajomości języka polskiego przez lekarzy z Ukrainy w kontekście ich możliwej pracy w polskich placówkach ochrony zdrowia. W jakim języku będą tworzyć dokumentację? Jakim alfabetem? Czy jeśli przyjmą pacjenta na oddział, to opisać to cyrylicą? Jak to potem przeczyta polski lekarz? To są wyzwania, o których dziś jeszcze mało kto myśli. Ustalanie tych kwestii powinno odbywać się w porozumieniu ze środowiskiem lekarskim. ■



Damian Patecki
lekarz specjalista anestezjologii, członek NRL i ORL w Łodzi, współzałożyciel Porozumienia Rezydentów i jego pierwszy przewodniczący

Przede wszystkim trzeba odróżnić pomoc doraźną, jaką powinni otrzymać lekarze, pielęgniarki i inni obywatele Ukrainy, uciekający przed wojną, od podkradania medyków i wykorzystywania sytuacji, w jakiej znalazł się sąsiadujący z nami kraj. Ściąganie personelu medycznego do Polski może być kuszące, ale to wbrew interesowi naszego państwa. Powtarzamy, że chcemy, by Ukraina była silnym państwem, oddzielającym nas od Rosji, ale to się przecież nigdy nie stanie, jeśli będziemy zabierać im kadry. O ile mi wiadomo, Ukraina nie ma zbyt dużej liczby lekarzy. To nie jest kraj taki jak Kuba, w którym kształcą się i „eksportuje” lekarzy za granicę. Ukraina powinna otrzymywać od nas wsparcie,

ale nie może się to wiązać z kradzieżą jej elit, szczególnie w obliczu trwającej wojny. Powinniśmy myśleć inaczej – zanim ukraińscy medycy zdołają się zaadaptować do naszego systemu i dobrze nauczyć języka polskiego, wojna się zakończy i te osoby będą potrzebne w swoim kraju. Generalna zasada powinna być taka, że lekarze z zagranicy mogą pracować w Polsce, jeśli przejdą odpowiednią procedurę, nostryfikują dyplom i poznają dobrze język. To jest

Na Ukrainie niektóre specjalizacje trwają rok.

uczciwe i rzetelne. Kiedy moi znajomi chcą podjąć pracę we Francji czy Niemczech, to muszą wykazać się znajomością języka francuskiego czy niemieckiego przed lokalną izbą lekarską. To kwestia dbałości o standardy. Niestety w Polsce ta dbałość wyklucza się w wielkich bólach, co ostatnio pokazał raport Najwyższej Izby Kontroli o sytuacji w anestezjologii i intensywnej terapii na Podkarpaciu.

Nadmierne poluzowanie kryteriów zawsze prowadzi do obniżenia standardów. W Polsce lekarz w wieku 30 lat na ogół jest rezydentem, a jego ukraiński rówieśnik często ma już kilka specjalizacji. Zrobienie niektórych specjalizacji trwa tam rok czy półtora. W Ukrainie czasami wystarczy zrobić zaledwie 2-tygodniowy kurs, by posiadać jakiś certyfikat wskazujący na bycie specjalistą. W Polsce specjalizacje trwają po 5-6,5 roku. W praktyce to jest absolutne minimum, bo każdy dzień nieobecności, związany np. z urlopami macierzyńskim i wychowawczym, wydłuża czas jej ukończenia. Polska medycyna trzyma unijne standardy, czasami wręcz żartuje się, że nasz system jest bardziej restrykcyjny niż pruski. Poza technicznymi różnicami czas trwania specjalizacji w Polsce i w Niemczech jest podobny, czego nie można powiedzieć o Polsce i Ukrainie. To dlatego osoby zza wschodniej granicy nie mogą mieć z marszu uznaną specjalizację. Jaką ma mieć motywację lekarz z Polski do ukończenia trwającej 6 lat specjalizacji, skoro w Ukrainie można ją zrobić w dwa lata? ■



prof. **Maciej Banach**
przewodniczący
Polskiego Towarzystwa
Lipidologicznego, kierownik
Zakładu Kardiologii
Prewencyjnej i Lipidologii
UM w Łodzi

Znamy liczbę uchodźców, którzy od początku wojny przekroczyli granicę polsko-ukraińską, wiemy też, ilu z nich uzyskało numer PESEL. Niestety te informacje nie dają nam odpowiedzi na pytanie, jaka jest dokładna liczba osób, które dotarły do Polski i u nas pozostały. Pewne jest, że część uciekających przed wojną potrafiła Polskę jako kraj przejściowy w drodze np. do Niemiec, Szwajcarii, Holandii czy innych państw. Pewne jest też to, że nie wszystkie

osoby, które do nas przyjechały, staną się pacjentami. Zakładając, że pozostaną u nas 2 mln uchodźców z Ukrainy, a 15-20 proc. z nich w krótszym lub dłuższym okresie może potrzebować różnego rodzaju pomocy medycznej, to oznacza nawet 400

Nie wszyscy uchodźcy staną się pacjentami.

tys. dodatkowych pacjentów w systemie. Będzie to duże wyzwanie, ale mimo to ukraińscy uchodźcy nie wydłużą kolejek dla polskich pacjentów i nie spowodują braku dostępności leków. Pojawiające się gdzieś takie opinie to fake newsy. Pomiając grupę osób wymagającą pilnej opieki, naszą

granicę przekroczyły głównie matki z dziećmi i osoby starsze. Oznacza to, że największe zapotrzebowanie na świadczenia medyczne ze strony ukraińskich uchodźców będzie dotyczyło leczenia różnego typu dolegliwości charakterystycznych dla wieku dziecięcego i osób starszych. Ukraińscy seniorzy zmagają się z wielochorobowością, a część z nich także z chorobami sercowo-naczyniowymi. Najczęściej zgłaszają się z zaostreniem nadciśnienia, niewydolnością serca, po zawale czy z zaburzeniami rytmu serca wymagającymi stałego monitorowania. To typowe choroby dotykające także polską populację po 65.-70. r.ż. Zdarzają się również pacjenci z powikłaniami mogącymi wskazywać na long COVID, a trzeba pamiętać, że w Ukrainie jedynie 35 proc. osób przyjęło szczepienie przeciw COVID-19. ■



Agnieszka Jankowska-Zduńczyk
prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, była konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej

Duże wyzwanie dla lekarzy rodzinnych stanowi konieczność ustalenia, czy dana osoba ma uprawnienia do otrzymania bezpłatnych świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Obecnie identyfikacja uciekinierów wojennych, którzy przekroczyli granicę polsko-ukraińską po 24 lutego i osób z przyznanym numerem PESEL, odbywa się sprawnie. System eWUŚ wyświetla ich „na zielono” tak jak każdego innego Polaka uprawnionego do

otrzymania nieodpłatnej pomocy w ramach NFZ. To duże ułatwienie. Jest jednak grupa osób posługujących się ukraińskim paszportem, które przyjechały do Polski, ale nie przekroczyły granicy polsko-ukraińskiej, lecz na teren UE wjechały np. od strony Rumunii. Ustawa

Zdarzają się osoby oczekujące bezpłatnej pomocy.

dotycząca uprawnień uciekinierów wojennych wskazuje na konieczność wyrażenia woli na pozostanie w Polsce jako warunek do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Tu pojawia się kłopot, bo publicznie informacje o tym nie są skutecznie przekazywane do

opinii publicznej. Często lekarze rodzinni, udzielający świadczeń w ramach umów podpisanych z NFZ, którzy jednocześnie są właścicielami swoich praktyk, podejmują decyzję o nieodpłatnym przyjęciu pacjenta. Tak jak w każdej grupie ludzi, zdarzają się osoby oczekujące bezpłatnej pomocy lekarskiej, mimo że nie są do niej uprawnieni. Wiąże się to z koniecznością przeprowadzenia trudnych rozmów, często w różnych językach i przy pomocy tłumaczy. Generalna zasada dla osób z obcym obywatelstwem jest następująca: trzeba posługiwać się kartą pobytu wydaną przez Rzeczpospolitą oraz dowodem opłacenia składek zdrowotnych w ZUS, a gdy ktoś ich nie ma, świadczenia powinny być udzielane odpłatnie. Ta granica jest jednak na tyle płynna, że lekarze często podejmują indywidualne decyzje. ■



Sofia Bedzis
lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, pochodzi z okolic Tarnopola, pracuje w szpitalu wojewódzkim w Siedlcach i SPZOZ w Węgrowie

W związku z pandemią, zarówno w polskich, jak i ukraińskich mediach dużo mówiono o codziennej pracy lekarzy. Po wybuchu wojny zaangażowanie medyków nie znajduje się już na pierwszym planie, mimo że w Ukrainie ich sytuacja bardzo się zmieniła. Lekarze, idąc na nocny dyżur, czasami wychodzą z domu kilka godzin wcześniej, bo nie wiadomo, czy dojazd do szpitala znajdującego

się kilkanaście kilometrów dalej zajmie im 30 minut czy kilka godzin. Trudno jest też pracować, gdy nad głowami latają pociski, a porody czasami trzeba odbierać w piwnicach. Do ukraińskich szpitali dociera dużo darów z Polski i innych krajów, ale od moich koleżanek i kolegów, z którymi jeszcze kilka

Dociera dużo darów z Polski.

lat temu studiowałam, a którzy teraz pracują w tak niebezpiecznych warunkach, wiem, że brakuje dosłownie wszystkiego. Potrzeby są naprawdę ogromne, a pomoc nie zawsze wystarczająca. Od początku wojny brakuje leków, bo przestało

docierać zaplanowane zaopatrzenie, a zapasy kończą się dużo szybciej niż przed rozpoczęciem rosyjskiej agresji. Praca w szpitalu w warunkach konfliktu zbrojnego stała się jeszcze bardziej nieprzewidywalna. Wystarczy, że przyjeżdża karetka z kilkoma osobami potrzebującymi dużej ilości płynów infuzyjnych i zaczyna ich brakować dla kolejnych pacjentów. Transporty medykamentów z zagranicy do Ukrainy są scentralizowane, co nie daje gwarancji, że dotrą wszędzie tam, gdzie są potrzebne. Lekarz nie może po prostu kupić stu ampułek leku usypiającego, tak bardzo potrzebnego anestezjologom, zorganizować transport i opłacić jego koszt z Polski do wskazanego przez siebie szpitala w Ukrainie. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Granica kompetencji lekarza rodzinnego

Do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wpłynęło zawiadomienie z Małopolskiego Ośrodka Medycyny Pracy, który zgodnie z kompetencjami wynikającymi z ustawy o służbie medycyny pracy przeprowadził kontrolę działalności lekarza w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pacjentami realizowanej w NZOZ PLR.

Aleksandra Gil biuro NROZ

Wedle zawiadomienia lekarz ten, specjalista medycyny rodzinnej, nie posiadał uprawnień określonych w § 7 ust. 1-6 rozp. MZiOS z dnia 30 maja 1996 r., mógł zatem przeprowadzać badania profilaktyczne tylko tych pracowników, u których na stanowisku pracy nie stwierdzono występowania czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych.

W przebiegu kontroli spowodowanej pismem od PIP stwierdzono natomiast, że lekarz przeprowadził badania pracowników, będących blacharzami samochodowymi, na których stanowiskach pracy, w sposób oczywisty, występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, i wystawił tym

pracownikom orzeczenia o zdolności do wykonywania pracy na stanowiskach blacharzy samochodowych. OROZ przeprowadził postępowanie wyjaśniające, a następnie przedstawił lekarzowi dwa zarzuty dotyczące przeprowadzenia badań profilaktycznych i wydania orzeczenia o braku przeciwwskazań do pracy pracownikom zatrudnionym na stanowisku blacharza samochodowego, na którym występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, do czego lekarz – z racji posiadania specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej – nie posiadał wymaganych uprawnień.

Okręgowy sąd lekarski uznał lekarza za winnego i za każdy z dwóch zarzutów wymierzył mu karę upomnienia. Odwołanie od orzeczenia OSL wniósł obrońca obwinionego. Naczelny Sąd

Lekarski uchylił orzeczenie OSL w części dotyczącej jednego zarzutu i w tym zakresie umorzył postępowanie z uwagi na zaistnienie ujemnej przesłanki procesowej w postaci przedawnienia karalności czynu, w pozostałej części utrzymał w mocy orzeczenie sądu I instancji z jednoczesną modyfikacją opisu zarzutu. Kasację od orzeczenia NSL wywiódł obrońca obwinionego. Sąd Najwyższy oddalił kasację obrońcy obwinionego jako oczywiście bezzasadną. W ustnych motywach rozstrzygnięcia sędzia sprawozdawca podkreślił, że jasno wynika z przepisów, iż występowanie czynników szkodliwych nie uprawnia lekarza mającego kompetencje specjalisty medycyny rodzinnej do tego, żeby przeprowadzać badania w myśl § 7 ust. 7 rozp. MZiOS z dnia 30 maja 1996 r. ■

KOMENTARZ



Grzegorz Wrona
Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Postanowiliśmy wrócić do tematyki, która była już omawiana na łamach „Gazety Lekarskiej” (nr 9/2017). Rzeczą dotyczy historycznego już rozporządzenia Ministra Zdrowia z 1996 r. regulującego, kto i w jakich sytuacjach może wydawać orzeczenia o zdolności do pracy. Rozporządzenie wydawane było w czasach, gdy liczba lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny pracy

nie była wystarczająca, aby zapewnić właściwą dostępność osób ubiegających się o orzeczenie dopuszczające, a także zadowolić liczną rzeszę pracodawców kierujących podwładnych do badań. Ustawodawca, wydając rozporządzenie, upoważnił lekarzy posiadających praktykę, a nie posiadających specjalizacji medycyny pracy, do wydawania orzeczeń na stanowiskach, na których czynniki szkodliwe nie występują. Sądy lekarskie, włączając się w obronę lekarzy zaskoczonych zmianą prawa w tym zakresie, przez pewien czas, wystarczający do uzyskania specjalizacji, podchodziły do lekarzy wykraczających poza swoje uprawnienia dość pobłażliwie. Linia ta zmieniła

się wraz z upływem czasu. Mimo niedoskonałości przepisu – nadal on obowiązuje. Stąd już po 2015 r. nadużywanie uprawnień do wystawiania takich orzeczeń wiąże się z orzeczeniami winy i nałożeniem na lekarza kary. W takich przypadkach sięganie do historii, opieranie linii obrony o zdobyte doświadczenie czy też próby tłumaczenia, iż akurat w tym zakładzie przepisane normy nie są przekroczone, nie jest wystarczające, aby odstępowano od orzekania winy i nakładania choćby symbolicznej kary upomnienia. Szczególnie w sytuacji, gdy inny lekarz, uprawniony do przeprowadzania kontroli w tym zakresie, stwierdza zagrożenia. ■

LEKARZ A EMERYTURA



Praca w szczególnym charakterze

Specjalne uprawnienia emerytalne osób zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze przewidziane były w ustawie z 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin. Dawały one możliwość przyznania: prawa do emerytury w wieku niższym niż powszechnie, wyższej emerytury lub renty inwalidzkiej.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

Aby skorzystać z tych uprawnień, niezbędne było osiągnięcie odpowiedniego wieku (był on zróżnicowany i zawierał się w przedziale 40-60 lat, odrębnie ustalonym dla kobiet i mężczyzn), który trzeba było osiągnąć w trakcie zatrudnienia w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (lub w określonym czasie po jego ustaniu), a także przepracowanie wymaganego okresu w takich warunkach lub charakterze. Uprawnienia te przysługiwały również niektórym lekarzom.

Reforma ubezpieczeń społecznych i wprowadzona nią ustawa z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych pozwoliła na dalsze

korzystanie, po 1 stycznia 1999 r., z tych uprawnień przez osoby, które wcześniej pracowały w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze. Jednocześnie zapowiadano wprowadzenie dla takich osób emerytur pomostowych (doszło do tego 1 stycznia 2009 r., kiedy to weszła w życie ustawa z 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych).

UPRAWNIENIA DLA LEKARZA

Czym jest praca w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze? Ustawa o emeryturach pomostowych za pracę w szczególnych warunkach uznaje (w art. 3 ust. 1) prace związane z czynnikami ryzyka, które z wiekiem mogą z dużym prawdopodobieństwem spowodować trwałe uszkodzenie zdrowia, wykonywane w szczególnych warunkach

środowiska pracy, determinowanych siłami natury lub procesami technologicznymi, które mimo zastosowania środków profilaktyki technicznej, organizacyjnej i medycznej stawiają przed pracownikami wymagania przekraczające poziom ich możliwości, ograniczony w wyniku procesu starzenia się jeszcze przed osiągnięciem wieku emerytalnego, w stopniu utrudniającym ich pracę na dotychczasowym stanowisku. Z kolei prace w szczególnym charakterze to (zgodnie z art. 3 ust. 3 tej samej ustawy) prace wymagające szczególnej odpowiedzialności oraz szczególnej sprawności psychofizycznej, których możliwość należytego wykonywania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu publicznemu, w tym zdrowiu lub życiu innych osób, zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego

na skutek pogorszenia sprawności psychofizycznej, związanego z procesem starzenia się. Wykazy tych prac zawarte są w załącznikach do ustawy o emeryturach pomostowych. Analiza ich treści pozwala na wniosek, że wykonywanie zawodu lekarza może zostać uznane za pracę w szczególnym charakterze, o ile ma miejsce:

- w zespołach ratownictwa medycznego (zał. nr 2, pkt 18),
- na oddziałach psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, zgodnie z przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (zał. nr 2, pkt 23),
- w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru (zał. nr 2, pkt 24).

W stosunku do wcześniejszych uregulowań (rozp. Rady Ministrów z 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego oraz wzrostu emerytur i rent inwalidzkich dla pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnych charakterze) takie uprawnienia emerytalne nie będą przysługiwały lekarzom, dentystom czy lekarzom wykonującym zawód w oddziale onkologicznym, leczenia oparzeń, ostrych zatruc. Aktualny katalog jest węższy niż ten, który obowiązywał do 1 stycznia 1999 r.

WIĘCEJ WARUNKÓW DO SPEŁNIENIA

To jednak nie wszystkie warunki, jakie trzeba spełnić, by w przyszłości skorzystać z emerytury pomostowej. Trzeba jeszcze:

- urodzić się po 31 grudnia 1948 r.,
- pracować w szczególnym charakterze przez co najmniej 15 lat,
- osiągnąć wiek co najmniej 55 lat dla kobiet i co najmniej 60 lat dla mężczyzn,
- posiadać odpowiednie okresy składkowe i nieskładkowe (co najmniej 20 lat dla kobiet i co najmniej 25 lat dla mężczyzn).

Do tego praca w szczególnym charakterze (czy to przed 1 stycznia 1999 r., czy po 31 grudnia 2008 r.) musi być świadczona w sposób określony we wskazanych przepisach ustawy o emeryturach pomostowych lub ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Z osobą spełniającą takie wymogi musi zostać rozwiązany stosunek pracy.

PROBLEMY INTERPRETACYJNE

Jeśli lekarz wykonuje zawód na stanowisku, które zgodnie z ustawą uznaje się za pracę w szczególnym charakterze (jest to wymienione w załączniku nr 2 do ustawy), będąc zatrudnionym w pełnym wymiarze czasu pracy (na pełen etat) i ten rodzaj wykonywanej pracy jest wykonywany jako podstawowy obowiązek pracownika, to powinien zostać wpisany przez pracodawcę do ewidencji pracowników wykonujących pracę o szczególnym charakterze, bez względu na to, czy oprócz wymienionego rodzaju pracy wykonuje również inne czynności (wyrok NSA z 12 października 2011 r. I OSK 509/11). W tym zakresie orzecznictwo sądowe ewoluowało, bo pojawiały się też orzeczenia, w których sądy uznawały, że niemożliwie jest nawet incydentalne wykonywanie innych obowiązków pracowniczych. Przekonujący wydaje się jednak pogląd, że dominującą rolę powinien tu odgrywać czynnik interesu publicznego – ochrony innych osób przed niebezpieczeństwem związanym z faktem, że pracownik, który wykonuje te szczególnie odpowiedzialne czynności, może nie mieć już należytej sprawności psychofizycznej, ze względu na jej naturalne obniżenie podyktowane wiekiem. W interesie ogólnym leży więc odsunięcie takiego pracownika od wykonywania czynności obarczonych szczególnym ryzykiem i umożliwienie mu nabycia „prześciowych” świadczeń, przed uzyskaniem pełnych praw emerytalnych.

To nie jedyny problem jakiego doświadczenia przepisy. Postępują one też terminem „w warunkach ostrego dyżuru”. Jak to często bywa, zostały one wyjaśnione w komunikacie Ministerstwa Zdrowia, z którego wynika, że prace personelu medycznego w warunkach ostrego dyżuru to nie tylko prace „polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym, ze wskazań życiowych, ale również inne prace tego personelu (w ramach obowiązków pracowniczych), które są wykonywane w ramach czasu pracy, kiedy istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia skutkującego koniecznością podjęcia działań w trybie nagłym”.

Z kolei z wyroku WSA w Lublinie z 18 listopada 2010 r. (III SA/Lu 317/10)

wynika, że brak jakichkolwiek podstaw do twierdzenia, że praca lekarza będącego w trakcie specjalizacji, zatrudnionego na stanowisku młodszego asystenta – rezydenta nie stanowi pracy personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru. Warunek nadzorowania lub bezpośredniego nadzorowania pracy rezydenta nie zmienia charakteru wykonywanych przez niego zabiegów i udzielanych świadczeń zdrowotnych.

TYLKO NA PEŁEN ETAT?

Ale są też orzeczenia niekorzystnie dla lekarzy interpretujące przepisy emerytalne. NSA w wyroku z 7 września 2011 r. (I OSK 424/11) orzekł, że podstawowym kryterium ustalania charakteru pracy jest zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy. Wykonywanie pracy o szczególnym charakterze w niepełnym wymiarze czasu pracy czy okresowo wyłącza dopuszczalność uznania pracy jako tej o szczególnym charakterze z uwagi na niespełnienie warunku stałego i znacznego stopnia uciążliwości wykonywanego zatrudnienia. Ma to szczególnie negatywne skutki dla lekarzy zatrudnionych jednocześnie w szpitalach klinicznych i uczelniach, na stanowiskach lekarskich i dydaktycznych, jednak w niepełnym wymiarze czasu.

W przypadku lekarzy często pojęcie „praca” czy „zatrudnienie” rozumie się szeroko, również jako samozatrudnienie (wykonywanie działalności gospodarczej). Niestety w tym zakresie wykładnia przepisów o emeryturach pomostowych jest literalna i zawężająca. Według interpretacji ZUS składki na Fundusz Emerytur Pomostowych opłaca się za pracownika (art. 35 ust. 1 i 2 ustawy o emeryturach pomostowych), którym jest ubezpieczony, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1) oraz art. 8 ust. 1, 2a i ust. 6 pkt 2) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 2 pkt 3) ustawy o emeryturach pomostowych). W tych przepisach wyraźnie mowa wyłącznie o pozostawaniu w stosunku pracy. ■

Sprostowanie

W „Gazecie Lekarskiej” nr 4/2022 na s. 35 w artykule „Niezdolny z prawem zabieg przerwania ciąży” wkraśl się błąd, polegający na przestawieniu cyfr. Powinno być „Art. 62 ustawy o izbach lekarskich mówi, że prawomocne rozstrzygnięcie sądu karnego o winie pozostaje wiążące także dla sądu lekarskiego, więc wniosek o uniewinnienie nie mógł się ostać” (a nie „Art. 26 [...]”).

ŚWIADCZENIA EMERYTALNE

Kiedy praca lekarza dentysty nie jest pracą w szczególnych warunkach?

Podjęmowany kilkakrotnie na łamach „Gazety Lekarskiej” temat pracy lekarzy i lekarzy dentystów w szczególnych warunkach w rozumieniu przepisów emerytalnych spowodował dość szeroki odzew czytelników.

Beata Wierzchowska radca prawny NIL

Jednym z częściej kierowanych do redakcji pytań były powody nierównego traktowania przez ustawodawcę pracy wykonywanej przez pracownika oraz osobę prowadzącą działalność gospodarczą w aspekcie jej zaliczenia jako pracy wykonywanej w szczególnych warunkach w rozumieniu przepisów emerytalnych, a w konsekwencji nierównych przywilejów emerytalnych. Taka sytuacja zachodzi bowiem m.in. w przypadku lekarzy dentystów.

Praca lekarza dentysty jest uciążliwa i męcząca. Z uwagi na wymuszoną pozycję ciała przy jej wykonywaniu wiąże się ona z obciążeniem stale tych samych części układu kostnego, stawowego i mięśniowego. Nie dość, że lekarz dentysta wykonuje manipulacje w niewygodnej pozycji, wykonując skręty ciała w stronę pacjenta i ciągle unosi ręce, to jest też nieustannie narażony na hałas mechaniczny wytwarzany przez narzędzia dentystyczne czy też na wibracje itd.

W 1983 r. ustawodawca zauważył ciężki charakter pracy lekarzy dentystów, wykazując „prace lekarzy stomatologów” w załączniku do słynnego rozporządzenia w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach¹, a mianowicie w Wykazie A – *Prace w szczególnych warunkach, których wykonywanie uprawnia do niższego wieku*

Ustawodawca przyjął, że tylko praca lekarza dentysty, który wykonuje ją jako pracę podporządkowaną w charakterze pracownika, jest pracą wykonywaną w szczególnych warunkach.

emerytalnego, Dział XII, pkt 2). Praca wykonywana w szczególnych warunkach stale i w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym na danym stanowisku przyczynia się do szybszego obniżenia wydolności organizmu i właśnie z tego powodu osoba wykonująca taką pracę ma prawo do emerytury wcześniej niż inni ubezpieczeni.

TRZEBA BYĆ PRACOWNIKIEM

W praktyce nie jest jednakże możliwe zaliczenie każdej takiej pracy lekarza dentysty do pracy w szczególnych warunkach. Rzeczone rozporządzenie stosuje się bowiem tylko do pracowników wykonujących prace w szczególnych warunkach wymienione w wykazach stanowiących załączniki do tego rozporządzenia. I tu lekarze dentyści napotykają na ów ustawodawczy absurd... bowiem zawód lekarza dentysty już dawno – rac

można – uległ prywatyzacji, a szczególne warunki pracy zależą od tego, czy ma się nad sobą szefa, czy też nie!

Lekarze dentyści mają co prawda swobodę wyboru co do tego, w jaki sposób wykonywać zawód, jednakże znakomita ich większość wybiera model działalności gospodarczej. Ustawodawca natomiast przyjął, że tylko praca lekarza dentysty, który wykonuje ją jako pracę podporządkowaną w charakterze pracownika, jest pracą wykonywaną w szczególnych warunkach. Nie jest nią natomiast taki sam rodzaj pracy, jeżeli jest ona wykonywana w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

DLACZEGO TAKIE ROZWIĄZANIE?

Jak zatem ustawodawca uzasadnia tak niekorzystne zróżnicowanie w uznaniu tej samej rodzajowo pracy – raz jako pracę w szczególnych warunkach, a raz nie? Za taki stan rzeczy odpowiadają zasady przyświecające reformie systemu ubezpieczeń z 1998 r., w tym zasada stopniowej likwidacji przywilejów wcześniejszego przejścia na emeryturę. Po wprowadzeniu reformy podejmowano liczne próby zmiany istniejącego stanu prawnego na korzystniejszy dla poszczególnych grup zawodowych, w tym osób prowadzących działalność gospodarczą, ale bez powodzenia.

Okazuje się, że temat ten był też przedmiotem interpelacji poselskich, ale bez oczekiwanego pozytywnego.



skutku. Odpowiadając na interpelację poselską² w sprawie braku przywilejów wynikających z pracy w szczególnych warunkach dla osób pracujących w ramach własnej działalności gospodarczej, ówczesne Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wskazało, iż: „Reformując system ubezpieczeń społecznych, którego podstawowe zasady weszły w życie 1 stycznia 1999 r., a w szczególności porządkując ubezpieczenie emerytalne, przyjęto zasadę stopniowej likwidacji możliwości wcześniejszego przechodzenia na emeryturę. Przepisy obowiązującej od ponad 13 lat ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (...) regulują zatem również sposób wygaszania dotychczasowych uprawnień do emerytur przysługujących na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (...). Przepisy tego rozporządzenia, wydane z upoważnienia art. 55 ustawy z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (...), nigdy nie miały charakteru powszechnego. Od czasu ich wejścia w życie ograniczały prawo do wcześniejszej emerytury do osób, których ubezpieczenie wynikało ze stosunku pracy. Przepisy te nie mają więc zastosowania do osób niebędących pracownikami, a więc również do osób prowadzących działalność gospodarczą, podlegających ubezpieczeniu

społecznemu odrębnemu od pracowniczego. Podkreślić należy, że różnica pomiędzy zaopatrzeniem emerytalno-rentowym pracowników a ubezpieczeniem społecznym osób prowadzących działalność gospodarczą wyraża się także w wysokości składek na to ubezpieczenie: składka dla osób prowadzących działalność gospodarczą jest niższa od składki pobieranej od wynagrodzeń pracowniczych. Przyjęcie jednolitych rozwiązań nie byłoby bowiem sprawiedliwe, skoro istnieją obiektywne różnice w sytuacji zawodowej, ekonomicznej i społecznej osób uprawnionych do świadczeń. Rozszerzenie zakresu stosowania tych przepisów na nową grupę ubezpieczonych, którzy dotychczas nie skorzystali z przywileju wcześniejszej emerytury, nie jest również uzasadnione ani możliwe, przede wszystkim dlatego, że prowadziłoby to do załamania reguły nie tworzenia nowych preferencyjnych uprawnień emerytalnych, nieznajdujących pokrycia w składce na ubezpieczenie społeczne”³.

RESORT NIE DAŁ SIĘ PRZEKONAĆ

Tożsame stanowisko Ministerstwo Rodziny zaakcentowało w odpowiedzi na wcześniejszą interpelację posła Artura Gierady w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze⁴, w którym wskazano, że: „Jednym z założeń obowiązującego w naszym kraju systemu ubezpieczeń społecznych jest stopniowe wygaszanie, a nie rozbudowywanie przywileju

wcześniejszego przejścia na emeryturę. W związku z tym, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, możliwość wcześniejszego zakończenia aktywności zawodowej z tytułu pracy w warunkach szczególnych dotyczy wyłącznie pracowników, którzy warunki do uzyskania wcześniejszej emerytury spełnią do 31 grudnia 2008 r. Od 1 stycznia 2009 r. ma funkcjonować projektowany system emerytur pomostowych. W tej sytuacji modyfikacja przepisów o wcześniejszym przechodzeniu na emeryturę przez pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub wykonujących pracę o szczególnym charakterze, obowiązujących tylko do końca bieżącego roku, moim zdaniem byłaby nieuzasadniona. Łagodzenie zasad przechodzenia na emeryturę nie byłoby także uzasadnione zarówno ze względów demograficznych, jak i ekonomicznych. Wzrastające od wielu lat średnie trwanie życia powoduje, że wydłuża się okres pobierania emerytur. Powoduje to stałe zwiększanie się wydatków na emerytury i renty przy zachowaniu takiego samego, wymaganego do otrzymania świadczenia, stażu ubezpieczeniowego oraz takiej samej wysokości składki. W wyniku tego proporcja płaconych składek do otrzymywanych świadczeń stale się zmniejsza”.

Podsumowując temat, warto w tym miejscu przytoczyć aktualną całość tezę wyroku Sądu Najwyższego z 1997 r., iż „przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego dla pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. Nr 8, poz. 43 ze zm.) nie mają zastosowania do osób uprawnionych do świadczeń emerytalno-rentowych z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej”⁵. ■

¹ Rozp. Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. Nr 8, poz. 43 z późn. zm.)

² Interpelacja poselska posła Kazimierza Ziobro z 11.06.2012, znak: SPS-023-5466/12

³ Pismo z dnia 12.07.2012 r., wydane przez: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, SPS-023-5466/12, Stanowisko MPiPS w sprawie przywilejów wynikających z pracy w szczególnych warunkach dla osób pracujących w ramach własnej działalności gospodarczej, www.sejm.gov.pl

⁴ Pismo z dnia 10.04.2008 r., wydane przez: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, SPS-023-1520/08, Ustalenie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, www.sejm.gov.pl

⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 1997 r. II UKN 198/97

Chcą odejść

W kwietniu ponad czterdziestu lekarzy specjalistów złożyło wypowiedzenia z pracy w jednym z najważniejszych ośrodków urazowo-ortopedycznych w kraju, czyli w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Adama Grucy w Otwocku koło Warszawy. Spór zbiorowy z dyrekcją rozpoczął się w grudniu. Głównym postulatem protestujących jest urealnienie zarobków. „Zarabiamy średnio o połowę mniej od koleżanek i kolegów z innych szpitali z okolic Warszawy. Wypowiedzenia są konsekwencją braku porozumienia” – wyjaśnili lekarze z oddziału terenowego OZZL w oświadczeniu przesłanym naszej redakcji. Zareagowało na to Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, które jest organem tworzącym szpitala, przesyłając nam swój komunikat. Dlaczego kierownictwo CMKP nie widzi zagrożenia dla wykonania planowanych operacji? Więcej na ten temat w naszym portalu i na Facebooku. ■

Agresja nie ustaje

Za pośrednictwem naszego portalu internetowego i naszej strony na Facebooku informujemy o tym, co dzieje się za naszą południowo-wschodnią granicą i jakie są tego konsekwencje. Rosyjska agresja na Ukrainę to duże wyzwanie m.in. z uwagi na potrzebę roztoczenia opieki humanitarnej i medycznej nad uchodźcami. ■

Co z no-fault?

Zdaniem ministra zdrowia prace nad ustawą o jakości i bezpieczeństwie pacjenta przedłużają się, bo część proponowanych przepisów wzbudza kontrowersje zarówno na płaszczyźnie politycznej, jak i w społeczeństwie. Najwięcej emocji ma dotyczyć systemu no-fault. Zgodnie z projektem ustawy, nową rolę zacznie pełnić NFZ, który w oparciu o zbiorcze dane będzie premiować finansowo szpitale najlepiej, przynajmniej w świetle przepisów, dbające o bezpieczeństwo pacjentów. ■

KZL online



W dniach 12-14 maja odbędzie XV Krajowy Zjazd Lekarzy. Zgodnie z ustawą o izbach lekarskich, KZL jest jednym z organów Naczelnej Izby Lekarskiej. W zjeździe uczestniczą delegaci wybrani przez okręgowe zjazdy lekarzy oraz, z głosem doradczym, niebędący delegatami członkowie ustępujących organów NIL. Liczbę delegatów z poszczególnych izb okręgowych ustala Naczelna Rada Lekarska na podstawie regulaminu wyborów. Nasza redakcja, tak jak cztery i osiem lat temu, będzie relacjonowała zjazd na żywo za pośrednictwem portalu internetowego, a także po raz pierwszy na Facebooku. Zapraszamy! ■

Superopatrunek

Prodigiozyna hamuje namnażanie się bakterii gronkowca, a nawet je niszczy – mówi prof. Sławomir Ciesielski z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, który poświęcił już 10 lat na badanie tego krwistoczerwonego pigmentu. Wytworza go bakteria *Serratia marcescens*, czyli pałeczka krwawa. Opatrunki z wykorzystaniem prodigiozyny mogą być wykorzystane tam, gdzie nie ma możliwości szybkiego oczyszczenia rany, np. w warunkach terenowych czy podczas działań wojennych. Trwają poszukiwania partnera biznesowego, który pomógłby przygotować innowacyjny opatrunek do masowej produkcji. Więcej na ten temat na www.gazetalekarska.pl. ■

Z myślą o seniorach

Amerykańska instytucja rządowa zajmująca się m.in. dopuszczaniem do obrotu nowych leków, Food and Drug Administration, wydała zalecenia dla firm farmaceutycznych dotyczące włączania starszej populacji do badań klinicznych oceniających skuteczność nowych leków onkologicznych. Zachorowalność na nowotwory wzrasta z wiekiem, a mimo to w badaniach klinicznych osoby po 65. r.ż. są stosunkowo słabo reprezentowane. Niski udział osób starszych nie pozwala ocenić farmakokinetyki leków, które przyjmowane są przez osoby z tej grupy wiekowej. ■

Czym skorupka...

Nadużywanie alkoholu we wczesnym okresie dorosłości zwiększa ryzyko pojawienia się raka. W badaniu opublikowanym w czasopiśmie „International Journal of Cancer” oceniono wpływ ilości spożywanego alkoholu w ciągu życia na ryzyko zachorowania na nowotwory alkoholozależne. Przeanalizowano dane dotyczące ponad 22 tys. kobiet i 15 tys. mężczyzn w wieku 40-69 lat pod kątem ilości spożywanego alkoholu począwszy od 20. r.ż. w 10-letnich okresach. Dla mężczyzn wyróżniono sześć kategorii spożywania alkoholu: abstynencja, spożywanie stabilnie małej ilości alkoholu, spożywanie stabilnie umiarkowanej ilości alkoholu, nadużywanie alkoholu, nadużywanie alkoholu w wieku 20-39 lat, a następnie wcześniej (w wieku 40-49) lub później (w wieku 60-69 lat) ograniczanie spożywania. Wykazano, że mężczyźni nadużywający alkoholu w wieku 20-39 lat, a następnie ograniczający jego spożywanie od 40. r.ż., mieli o 75 proc. wyższe ryzyko zachorowania na nowotwór, niż zachowujący abstynencję. U mężczyzn, którzy w młodości nadużywali alkoholu i zaczęli ograniczać jego spożycie po 60. r.ż., ryzyko zachorowania było wyższe o 95 proc. A co wykazano w przypadku kobiet? Odpowiedź na www.gazetalekarska.pl. ■

ATMP w Polsce

- aspekty prawne i praktyczne z perspektywy wytwórcy

Produkty lecznicze terapii zaawansowanej (*Advanced Therapy Medicinal Products*, ATMP) to leki, w których „substancją czynną” są żywe, znacząco zmanipulowane (substantially manipulated) tkanki lub komórki. Dodatkowo, należy pamiętać, że znacząca manipulacja nie musi polegać na jakiejkolwiek ingerencji *ex vivo*. To także niehomologiczne zastosowanie tkanek i komórek.

Dr n. biol. **Tomasz Ołdak**

Te fakty sprawiają, że należy szczególnie uwagę zwracać na obowiązujące regulacje, aby w odpowiednich momentach zmieniać swoją prawną perspektywę, a następnie dostosowywać do niej procesy produkcyjne i kliniczne.

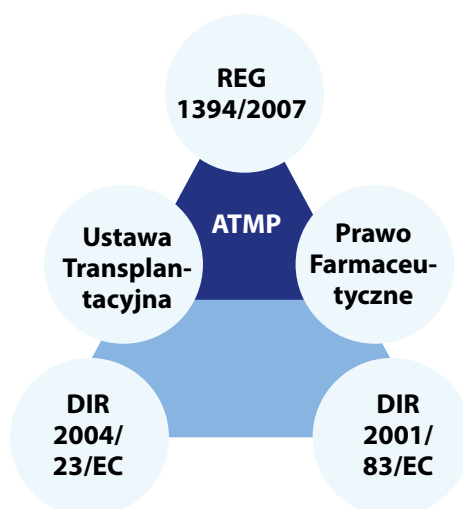
Historia każdego produktu leczniczego terapii zaawansowanej rozpoczyna się od uzyskania komórek lub tkanek, które będą stanowiły materiał wyjściowy w procesie wytwórczym. Rozporządzenie 1394/2007 wskazuje, że zastosowanie mają tu przepisy prawa transplantacyjnego. W Polsce pobranie tkanek i komórek od żywego dawcy wymaga pozwolenia wydanego przez Ministra Zdrowia na wniosek „POLTRANSPLANT”. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy pozyskiwane są tkanki i komórki będące odpadem medycznym, np. tkanki perinatalne, tkanka tłuszczowa z liposukcji estetycznej.

Polskie organy regulatorowe stoją na stanowisku, że pobrane lub pozyskane tkanki lub komórki powinny trafić do banku tkanek i komórek: wyspecjalizowanej jednostki, która ma wdrożony system jakości, posiada odpowiednie pozwolenia wydane przez Ministra Zdrowia na wniosek Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek. Bank, zgodnie ze swoimi procedurami, kwalifikuje takie tkanki lub komórki, może poddać je procesowaniu (które nie ma cech znaczącej manipulacji), a następnie przekazać je do wytwórni w celu wytworzenia ATMP. Wytwarzanie to już „Prawo Farmaceutyczne” i standardy Dobrej Praktyki Wytwarzania (*Good Manufacturing Practice*, GMP).

Rozważmy kilka scenariuszy produkcyjnych i klinicznych:

- Wytwarzany jest produkt, który uzyskał autoryzację Komisji Europejskiej, został zarejestrowany w EMA i posiada dopuszczenie

do obrotu w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Wytwarzanie produktu odbywa się pod nadzorem Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF), który na podstawie przeprowadzonej inspekcji warunków wytwa-



rzania udziela stosownego zezwolenia. Taki produkt może być podany zgodnie ze wskazaniem bez uzyskiwania dodatkowych opinii lub zgód. Jak się wydaje, podanie takiego ATMP poza wskazaniem wymaga odwołania się do procedury medycznego eksperymentu leczniczego lub przeprowadzenia badania klinicznego.

- Wytwarzany jest produkt do zastosowania w badaniu klinicznym. Taki produkt nie posiada dopuszczenia do obrotu w badanym lub w jakimkolwiek innym wskazaniu. W tym przypadku sponsor badania musi uzyskać pozwolenie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych (URPL) na przeprowadzenie badania, posiadać pozytywną opinię Komisji Bioetycznej, a także zlecić wytwarzanie

produktu podmiotowi posiadającemu odpowiednie zezwolenie wydane przez GIF.

- Wytwarzany jest produkt dopuszczony do obrotu na terenie Polski jako tzw. wyjątek szpitalny (*Hospital Exemption*, HE). W tym wypadku aspekty prawne są najbardziej złożone. Warto przypomnieć, jak Prawo Farmaceutyczne definiuje wyjątek szpitalny. Jest to „produkt leczniczy terapii zaawansowanej (...), który jest przygotowywany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w sposób niesystematyczny zgodnie ze standardami jakości i zastosowany w ramach świadczeń szpitalnych (...) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na wyłączną odpowiedzialność lekarza w celu wykonania indywidualnie przepisane produktu leczniczego dla danego pacjenta”. Niemal każde słowo w tej definicji ma znaczenie. Warto pokreślić, że wytwarzanie HE-ATMP musi odbywać się zgodnie ze standardami GMP, zgodnie z indywidualnym przepisem lekarza, przy czym za formułę produktu i za jego podanie odpowiada wyłącznie lekarz. Dla wytwórcy produkty HE stanowią duże wyzwanie. Lekarz ma prawo i obowiązek dokładnego zdefiniowania potrzebnego produktu, a wytwórca musi mu taki produkt dostarczyć. Jednocześnie musi zadbać o spełnienie rygorystycznych wymogów GMP, uzyskać zgodę GIF, a także upewnić się, że lekarz posiada stosowną pozytywną opinię Komisji Bioetycznej.

Wytwarzanie i zastosowanie kliniczne ATMP nie jest łatwe z prawnego, a także praktycznego punktu widzenia. Można odnieść wrażenie, że jest wręcz przeregulowane, a system prawny wymaga uproszczenia. Nie podejmę się oceny, czy jest tak w istocie. Osobiście sądzę, że w tak ważnych sprawach jak ludzkie zdrowie i życie warto korzystać z każdego wsparcia merytorycznego i organizacyjnego. Im więcej oczu patrzy na procedury medyczne, tym mniejsze ryzyko i większa szansa na skuteczną terapię. ■

Polski Bank Komórek Macierzystych (PBKM) to założona w 2002 roku w Polsce firma biotechnologiczna. Głównym obszarem działalności PBKM jest bankowanie komórek macierzystych z krwi pępowinowej i pępowin, które jest świadczone w 20 krajach w Europie poprzez założoną i kontrolowaną przez PBKM Grupę FamiCord. PBKM jest największym podmiotem tego typu w Europie. Poza bankowaniem PBKM wytwarza produkty lecznicze terapii zaawansowanej (ATMP) oparte na komórkach mezenchymalnych (MSC) z pępowiny oraz tłuszczu, a także pracuje nad wytwarzaniem technologii CAR-T. PBKM wydał preparaty komórek macierzystych do zastosowania klinicznego dla ponad 3000 pacjentów.



Przedostatnia prosta



Andrzej Cisko
wiceprezes NRL

Właściwie wydarzeniem godnym rozpoczęcia mego przedostatniego felietonu (ostatni trafi do Państwa rąk w czerwcu) jest zamknięcie dość uciążliwego tematu, który towarzyszył nam od samego początku kadencji. Tym tematem są separatory.

Wygłąda na to, że udało się wespół z ministerstwami: klimatu i zdrowia znaleźć racjonalne wyjście, dopasowane do skali problemu, jakim jest liczba usuwanych wypełnień amalgamatowych.

Jak wielokrotnie podkreślaliśmy, polska stomatologia bardzo szybko i dość powszechnie przestawiła się w latach 90. na kompozyty i ma to swoje odbicie w częstotliwości usuwania wypełnień z tego materiału. O szczegółach ustaleń mówi nasz komunikat, który znajdziecie Państwo pod linkiem <https://stom.hipokrates.org/link/9>

Nikt z nas nie miałby zapewne nic przeciwko zamknięciu w podobnym stylu sprawy wyceny świadczeń NFZ. Rozsyłane aneksy zwiększające kontrakty o 4,5 proc. to naprawdę żadne rozwiązanie. Cóż nam po zwwyżce wyceny ekstrakcji z 33 zł do 35 zł? Albo konsultacji specjalistycznej z 24 zł do 26 zł? Ów „dodatek drożyzniany” należy się wszystkim z powodu skoku inflacyjnego ostatnich tygodni. Nasza wycena jest niedoszacowana od lat i nie ma odwrotu od zatwierdzenia wycen sporządzonych przez AOTMiT. Okręgowe rady lekarskie podejmują w tej sprawie apele do MZ i parlamentarzystów, prowadzimy rozmowy, nie opuścimy tych wycen na pewno.

Sprawą, której chcę poświęcić dziś nieco miejsca, jest zbliżający się Krajowy Zjazd Lekarzy (12-14 maja). Zjazd będzie z pewnością trudny, gdyż z powodów epidemicznych nie odbył się w 2020 r. zwyczajowo zwoływany zawsze w połowie kadencji zjazd nadzwyczajny. Narosło więc mnóstwo problemów, spraw do omówienia, a wszystko trzeba zamknąć w tych sakramentalnych trzech dniach. To też jeszcze jeden powód, dla którego Komisja Stomatologiczna NRL postanowiła zwołać już przed rozpoczęciem zjazdu, 12 maja, kilkugodzinne otwarte posiedzenie, na które zaproszeni zostali wszyscy delegaci na KZL będący lekarzami dentystami.

Odzew jest spory, spotkamy się przy 73 proc. frekwencji, co jest dobrą wiadomością i zapowiedzią, że dyskusja będzie żywa, a wnioski reprezentatywne dla całej społeczności. Porozmawiać musimy przede wszystkim o węzłowych problemach, przed którymi stoi polska stomatologia AD 2022, jak też o rozwiązaniach organizacyjnych pracy KS NRL i jej współpracy z komisjami okręgowymi. To

**Cóż nam po zwwyżce wyceny
ekstrakcji z 33 zł do 35 zł?
Albo konsultacji specjalistycznej
z 24 zł do 26 zł?**

niezwykle ważne, aby nie dublować pracy i aby tę pracę maksymalnie skoordynować. Takie spotkania odbywały się wcześniej (w latach 2010 i 2014), ale w dużo skromniejszej formule. Nowością jest też możliwość złożenia przez delegatów stomatologów informacji o zamiarze kandydowania do organów NIL w formie zunifikowanej ankiety, na tyle obszernej tematycznie, aby każdy chcący „odkryć karty” i zapowiedzieć swą kandydaturę miał szansę pokazać znaczącą część swego programu. Na pewno jest to świetna forma zareklamowania swojego potencjału w środowisku stomatologicznym. Fakt, że jesteśmy tylko 23-procentową częścią zjazdu wyborczego, ale tego już w prosty sposób zmienić się nie da. Nie wszyscy zdają sobie może sprawę z tego, że członkostwo w organach izb lekarskich mieści się w pojęciu służby publicznej, a równy i sprawiedliwy dostęp do służby publicznej jest konstytucyjnym prawem podmiotowym, więc wszystko, co polepsza warunki powołania według jasnych i czytelnych zasad, jest promocją zasady kierowania się prawem w naszych wewnętrznych izbowych relacjach. ■



Komisja Stomatologiczna NRL o rtęci



Po dwóch spotkaniach z Ministerstwem Klimatu i Środowiska przy udziale Ministerstwa Zdrowia (7 grudnia 2021 r. i 6 kwietnia br.) w sprawie obowiązków wynikających z art. 10 ust. 4 rozporządzenia PEIR2017/852 ws. rtęci, tj. wyposażeniem gabinetów stomatologicznych w separatory amalgamatu, uzgodniono m.in. wycofanie amalgamatu stomatologicznego ze świadczeń gwarantowanych dla całej populacji pacjentów.

Ministerstwo planuje też wprowadzenie świadczenia usunięcia wypełnienia amalgamatowego. Trwają już zaawansowane prace w resorcie zdrowia nad wdrożeniem projektu rozporządzenia MZ z dnia 17 lutego 2022 r. o zmianie

rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, określającego szczegóły realizacji tych rozwiązań.

Określono także kwalifikację odpadów amalgamatowych: odpady mające kontakt z materiałem biologicznym (ślina, zęby) należy zaliczać do kategorii 180103, z kolei czyste, niewykorzystane resztki amalgamatu z kapsułek powinny być zaliczone do kategorii 180110.

Za wystarczającą uznano realizację Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie rtęci oraz obowiązku wyposażenia gabinetów stomatologicznych w separatory amalgamatu poprzez wprowadzenie procedury

usunięcia wypełnienia amalgamatowego z wykorzystaniem separatora amalgamatu przez gabinety współpracujące z NFZ. Uznano, że nie ma uzasadnienia dla objęcia tym obowiązkiem również gabinetów na rynku komercyjnym. Tak więc realizacja nałożonego obowiązku wyposażenia gabinetów stomatologicznych w separatory amalgamatu zostanie spełniona po wprowadzeniu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Nie planuje się też wprowadzenia refundacji zakupu separatorów amalgamatu.

Kontrola w zakresie eksploatacji separatorów amalgamatu ma być powierzona Urzędowi Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Zdefiniowana zostanie w nowo projektowanej ustawie o krajowym systemie nadzoru rynku. ■

Źródło: nil.org

FDI ogłasza konsensus

30 marca w Genewie (Szwajcaria), na specjalnym szczycie zorganizowanym przez Światową Federację Stomatologiczną, który zgromadził szereg wpływowych interesariuszy, FDI wydała inauguracyjne Oświadczenie Konsensusu w sprawie Zrównoważonej Ochrony Zdrowia Jamy Ustnej, którego celem jest skierowanie sektora higieny jamy ustnej w kierunku praktyk bardziej przyjaznych dla środowiska, redukujących ostatecznie ślad węglowy zawodu.

– Wiele osób zaskoczy fakt, że sektor opieki zdrowotnej jest odpowiedzialny za około 5 proc. globalnej emisji gazów cieplarnianych, z których ważnym elementem jest opieka zdrowotna jamy ustnej – powiedział prof. Ihsane Ben Yahya, prezes FDI i dziekan Wydziału Stomatologii Mohammed VI University of Health Sciences, Casablanca (Maroko).

Źródło: fdiworlddental.org

Podziękowania z Ukrainy

„Serdecznie dziękuję za Wasze człowieczeństwo” – w taki sposób prezes Stowarzyszenia Stomatologów Ukrainy prof. Iryna Mazur podziękowała lekarzom i lekarzom denty stom z Polski.

„Wyrażamy naszą wdzięczność od ukraińskiej społeczności stomatologicznej!” – napisała prezes Iryna Mazur w liście datowanym na 4 kwietnia. Podziękowania za wsparcie ukraińskich lekarzy i stomatologów, a także pomoc dla ofiar wojny, zostały skierowane do prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej prof.

Andrzej Matyi oraz wiceprezesa NRL dr. Andrzeja Cisko.

„Rosyjscy okupanci mordują ludność cywilną Ukrainy, niszczą szpitale, przechodnie, zabijają lekarzy wykonujących swoje obowiązki zawodowe” – napisała. W tym samym czasie „polscy lekarze zapewniają Ukraińcom opiekę medyczną”, „ukraińskie dzieci leczone są bezpłatnie”, a „polscy lekarze i lekarze dentyści organizują i wysyłają na Ukrainę pomoc humanitarną” – czytamy w liście. ■

Źródło: gazetalekarska.pl

W metawersie?

Pod koniec lutego na łamach „Nature” ukazał się list, którego autorzy przewidują, że w ciągu dwóch do trzech lat większość wirtualnych spotkań przeniesie się z siatek obrazu kamer 2D do metawersu, czyli przestrzeni 3D z cyfrowymi awatarami.

Metawers to wirtualny świat, w którym ludzie w ich interakcjach online są wirtualnie reprezentowani przez awatary. Obecnie rzeczywistość rozszerzona (AR), rzeczywistość wirtualna (VR) i sztuczna inteligencja (AI) weszły już do obszaru branży zdrowotnej. Pierwsze operacje AR u pacjentów przeprowadzili już w tym roku neurochirurdzy z Johns Hopkins University (USA).

„Również stomatologia będzie ewoluować w niedalekiej przyszłości, wzorując się na praktykach medycznych podczas eksploracji metawersu” – piszą autorzy listu, N. Kuriana, J.M. Cheriana i K.G. Varghese’a z Indii, przesłanego do „British Dental Journal”. „Wkrótce możemy prowadzić rozmowy na temat telezdrowia zębów w wirtualnym metawersie z naszymi awatarami, oddając się konsultacjom z pacjentami na temat zdrowia jamy ustnej” – prognozują.

Twierdzą, że dzięki większej dostępności, zerowym kosztom podróży



i korzyściom płynącym z przechodzenia z różnych sesji lub kabin z dowolnego miejsca na świecie, istnieją nieskończone możliwości – od dostępu do zdrowia dentystycznego dla osób w niekorzystnej sytuacji po wykorzystanie innowacji technologicznych w celu ulepszenia modeli treningowych. Jednocześnie podkreślają, że choć technologia

nieubłaganie kroczy naprzód, niektóre rzeczy pozostają fundamentalne, a komunikacja między ludźmi nadal będzie jedną z nich.

Trudno wyobrazić sobie taką stomatologię, ale ten list dowodzi, że niektórzy już w niedalekiej przyszłości widzą taki jej kształt. ■

Źródło: nature.com

40 proc. rozważa rezygnację

W Wielkiej Brytanii postanowiono ocenić jakość życia studentów stomatologii na przestrzeni ostatnich kilku lat, zwłaszcza okresu, w którym zmagali się z pandemią.

Najnowsze badanie British Dental Association Benevolent Fund (BDA BF) przeprowadzone na ok. 7 proc. całej populacji studentów stomatologii w Wielkiej Brytanii przyniosło szokujące dane: aż 40 proc. ankietowanych rozważa całkowitą rezygnację z ubiegania się o dyplom lekarza dentysty.

Jak wynika z badania, taka postawa jest spowodowana faktem, że studenci nie mają wystarczającego wsparcia finansowego, a także dobrego samopoczucia psychicznego. 74 proc. z nich deklaruje problemy finansowe, 61 proc. presję

spowodowaną problemami ze zdrowiem psychicznym, 59 proc. ma trudną sytuację rodzinną, 46 proc. deklaruje kłopoty spowodowane zmianą finansowania ostatniego roku (szczególnie w przypadku studentów w Szkocji, którzy byli zmuszeni do opłacenia dodatkowego roku szkoły stomatologicznej z powodu pandemii) oraz z powodu zamknięcia firm przez pandemię (44 proc.).

Ankietowani studenci zgłaszali ponadto kłopoty w relacjach z wykładowcami. – Kiedy zgłosiłem, że mam kontuzję i stresuję się, kazano mi zrezygnować. Nie znam studenta ostatniego roku stomatologii, który nie jest na skraju wypalenia – powiedział jeden z respondentów.

Studenci stomatologii wyrazili pragnienie lepszego ich zrozumienia,

a także dostosowania programu zajęć do kultury, która promuje lepszą równowagę między nauką a życiem osobistym, z bardziej realistycznymi oczekiwaniami akademickimi i wskazówkami, jak finansować ich studia bez zbędnego stresu. Pomocne byłoby również dodatkowe wsparcie ze strony szkół dentystycznych i personelu w zakresie wyzwań związanych ze zdrowiem psychicznym. Badanie pokazało, że syndrom oszusta (zjawisko psychologiczne powodujące brak wiary we własne osiągnięcia) jest powszechny u tych, którzy odpowiedzieli na ankietę. To wyraźne wnioski dla organizacji i szkół, które powinny dokonać zmian i lepiej zarządzać kształceniem przyszłych lekarzy dentystów. ■

Źródło: nature.com

BIULETYN

NR 3 (211)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, IV 2022

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

UCHWAŁA NR 8/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 kwietnia 2022 r.

w sprawie utworzenia funduszu celowego zdarzeń nadzwyczajnych

Na podstawie art. 114 ust. 1 i 3 i art. 40 ust. 4 z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Tworzy się fundusz celowy zdarzeń nadzwyczajnych. Fundusz jest funduszem rezerwowym Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 2.

1. Środki gromadzone na funduszu, o którym mowa w § 1, mogą być przeznaczone na zapewnienie, organizację i sfinansowanie różnych form wsparcia potrzebnego w razie zdarzeń nadzwyczajnych. Środki funduszu mogą być w szczególności wykorzystane na zakup towarów i usług potrzebnych w razie zaistnienia nadzwyczajnej sytuacji, organizację lub sfinansowanie szkoleń adaptacyjnych, zawodowych i językowych dla osób i instytucji związanych z ochroną zdrowia, środki funduszu mogą być także wydatkowane na realizację nadzwyczajnych zadań związanych z ochroną zawodu lekarza i lekarza dentysty.

2. W terminie do 30 czerwca 2022 r. Naczelna Rada Lekarska określi regulamin wydatkowania środków z funduszu, o którym mowa w § 1.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 9/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 kwietnia 2022 r.

w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego i zatwierdzenia wykonania

budżetu oraz przeznaczenia zysku Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2021

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) oraz art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r., poz. 217) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Zatwierdza się sprawozdanie finansowe Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2021, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 42 615 828,75 zł.

2. Sprawozdanie finansowe stanowi załącznik Nr 1 do uchwały.

3. Zatwierdza się wykonanie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2021, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 42 615 828,75 zł.

4. Postanawia się przeznaczyć zysk netto za rok 2021 w kwocie 2 749 766,36 zł na fundusz rezerwowy (fundusz celowy zdarzeń nadzwyczajnych).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

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

UCHWAŁA Nr 10/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 kwietnia 2022 r.

w sprawie powołania Zespołu ekspertów do spraw analizy zagrożeń zdrowia publicznego związanych z wojną w Ukrainie

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Powołuje się Zespół ekspertów do spraw analizy zagrożeń zdrowia publicznego związanych z wojną w Ukrainie, zwany dalej: Zespołem, w składzie:

- 1) dr n. med. Jerzy Friediger – przewodniczący;
- 2) prof. Ewa Augustynowicz-Kopeć;
- 3) prof. Janusz Kocik;
- 4) dr n. med. Paweł Grzesiowski;
- 5) dr n. med. Agnieszka Sulikowska;
- 6) dr n. med. Paulina Kołat-Brodecka;
- 7) lek. dent. Radosław Maksymowicz;
- 8) lek. Ryszard Kępa;
- 9) Krzysztof Grzesik.

§ 2.

Zespół będzie dokonywał bieżącej oceny w zakresie działań profilaktycznych i zabezpieczających potrzeby zdrowotne wynikające z wojny w Ukrainie i kryzysu uchodźczego. Do zadań Zespołu należy w szczególności: uzyskanie wiarygodnych informacji na temat sytuacji w zakresie chorób zakaźnych i niezakaźnych w Ukrainie przed wybuchem wojny oraz obecnie, analiza bieżącej sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób zakaźnych i niezakaźnych w Ukrainie i w Polsce, określenie zagrożeń zdrowotnych związanych z wojną i kryzysem uchodźczym, przygotowywanie projektów stanowisk i wytycznych działań prewencyjnych dla polskiego systemu opieki zdrowotnej.

§ 3.

Zobowiązuje się Zespół do przedstawiania na bieżąco wyników swoich prac Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 11/22/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 8 kwietnia 2022 r.
w sprawie zgłoszenia XV Krajowemu
Zjazdowi Lekarzy projektu uchwały
w sprawie ustalenia liczby członków
organów Naczelnej Izby Lekarskiej,
zastępców Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
i członków Krajowej Komisji Wyborczej
IX kadencji**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przedstawia się XV Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projekt uchwały w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej, zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i członków Krajowej Komisji Wyborczej IX kadencji, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

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

**UCHWAŁA Nr 12/22/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 8 kwietnia 2022 r.
w sprawie zgłoszenia XV Krajowemu
Zjazdowi Lekarzy projektu uchwały
zmieniającej uchwałę w sprawie
regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 lit. b ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przedstawia się XV Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projekt uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

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

**UCHWAŁA Nr 13/22/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 8 kwietnia 2022 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 2021 r. poz. 790, 1559, 2232) 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 2021 r. poz. 1342) 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., Nr 22/20/VIII z dnia 11 grudnia 2020 r., Nr 1/21/VIII z dnia 29 stycznia 2021 r., Nr 9/21/VIII z 16 kwietnia 2021 r. Nr 19/21/VII z 3 września 2021 r. Nr 30/21/VIII z 30 grudnia 2021 r. oraz uchwałą nr 1/22/VIII z 28 stycznia 2022 r.: wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3 pkt 6 otrzymuje brzmienie:
„6) lekarz bez bliższego określenia — również lekarza dentystę, obywatela polskiego lub obywatela innego państwa członkowskiego UE, lekarza cudzoziemca, lekarza który uzyskał kwalifikacje zawodowe poza terytorium UE;”;
2) w § 20 ust. 5 dodaje się lit. d w brzmieniu:
„d) kopii dokumentu potwierdzającego nadanie stopienia naukowego przez uprawnioną instytucję działającą w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) — strony umowy o Europejskim Obszarze lub nadany przez Europejski Instytut Uniwersytecki oraz informacji o zagranicznym dyplomie wydanych przez Narodową Agencję Wymiany Akademickiej, o której mowa w ustawie z dnia 7 lipca 2017 r. o Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1582) oraz Radę Doskonałości Naukowej, o której mowa w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. — Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2022 r. poz. 574);”;
3) w § 29 ust. 3 skreśla się.

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, o której mowa w ust.

1, wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 18 ust. 11 skreśla się wyrazy „§ 25 ust. 5 albo”;

2) w § 20 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Postępowanie związane z przeniesieniem lekarza do innej izby dotyczy lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza, prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych lub warunkowe prawo wykonywania zawodu zamierzającego wykonywać zawód na obszarze działania innej izby lub stać się jej członkiem jako lekarz nie wykonujący zawodu.”;

3) w § 20 ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) dokumentem PWZ albo dokumentem PWZ-A albo dokumentem PWZ-B;”;

4) w § 20 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych składa wniosek W-3 wraz z następującymi dokumentami:

1) wnioskiem W-2E, o którym mowa w § 28a ust. 2 oraz

2) decyzją ministra właściwego do spraw zdrowia o wyrażeniu zgody na wykonywanie zawodu w innym podmiocie położonym na terenie okręgowej izby lekarskiej, do której składany jest wniosek albo

3) decyzją ministra właściwego do spraw zdrowia o skierowaniu lekarza w drodze decyzji administracyjnej do pracy w podmiocie leczniczym, w którym występuje szczególnie duże zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy lub lekarzy dentystów, położonym na terenie okręgowej izby lekarskiej, do której składany jest wniosek albo

4) decyzją o skierowaniu lekarza do pracy przy zwalczaniu epidemii na podstawie art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w podmiocie położonym na terenie okręgowej izby lekarskiej, do której składany jest wniosek albo

5) oświadczeniem o zamiarze udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń osobom, których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznawany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa

(Dz. U. poz. 583), położonym na obszarze działania okręgowej izby lekarskiej i zaświadczeniem od tego podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 7 ust. 2 pkt 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty”.

5) w § 20 dodaje się ust. 8a w brzmieniu:

„8a. W przypadku lekarza, o którym mowa w ust. 3a, wnioski W-3 i W-2E są podstawą do podjęcia przez okręgową radę uchwały o przyznaniu prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, wpisaniu na listę członków izby i dokonaniu wpisu do okręgowego rejestru na podstawie art. 6 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich. Przy ustalaniu okresu, na jaki przyznawane jest prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych uwzględnia się dotychczasowy okres posiadania tego rodzaju uprawnienia zawodowego stosownie do treści art. 7 ust. 2k ustawy. O przyznaniu wnioskodawcy prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych niezwłocznie powiadamia się izbę, z której następuje przeniesienie, podając numer i datę uchwały.”;

6) w § 20 w ust. 10 i ust. 11 po wyrazach „ust. 8” dodaje się wyrazy „albo ust. 8a”;

7) w § 21 ust. 2 skreśla się wyrazy „albo dokumentem PWZ-A”;

8) w § 21 ust. 4 skreśla się pkt 3;

9) w 22 ust. 2 skreśla się wyrazy „albo dokumentem PWZ-A”;

10) w § 22 ust. 5 pkt 3 skreśla się wyrazy „lub wydania dokumentu PWZ-A złożonego na czas zaprzestania wykonywania zawodu”;

11) w § 23 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2, jest podstawą do wydania przez prezesa okręgowej rady zarządzenia o skreśleniu lekarza z listy członków izby i z okręgowego rejestru i o unieważnieniu dokumentu PWZ-A albo dokumentu PWZ-B.”;

12) w § 26 ust. 4a otrzymuje brzmienie:

„4a. Wniosek W-2B jest podstawą do podjęcia przez okręgową radę uchwały o przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza i lub lekarza dentysty na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na czas określony i nieokreślony, wpisania na listę członków izby i dokonania wpisu do okręgowego rejestru.”;

13) § 28a ust. 2 wyraz „dentysty” zastępuje się wyrazem „dentystów”;

14) w § 28a ust. 4 pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) oświadczenie o znajomości języka polskiego wystarczającej do wykonywania powierzonego lekarzowi zakresu czynności zawodowych”;

15) w § 28a ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 zobowiązany jest w przypadku, o którym mowa w art. 7 ust. 2i ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, do bezzwłocznego przekazania okręgowej

radzie decyzji ministra zdrowia lub wojewody albo zaświadczenia od podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń osobom, których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznawany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583).”;

16) w § 28b ust. 2 wyraz „dentysty” zastępuje się wyrazem „dentystów”;

17) w § 28b ust. 4 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) oświadczenie wskazujące podmiot leczniczy, w którym lekarz zamierza wykonywać zawód”;

18) w § 28b dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, lekarz może dołączyć dokumenty odnoszące się do znajomości języka polskiego.”;

19) w § 33 ust. 5 wyraz „ukaraniu” zastępuje się wyrazem „zawieszeniu”;

20) w załączniku nr 5 do regulaminu dodaje się wzory 26a oraz 28a w brzmieniu:

wzór 26a – w sprawie przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty, *lekarzowi *lekarzowi dentyście, obywatelowi Ukrainy, który uzyskał kwalifikacje zawodowe poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej, wpisania na listę członków okręgowej izby lekarskiej oraz wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów; wzór 28a – w sprawie odmowy przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty, *lekarzowi *lekarzowi dentyście, obywatelowi Ukrainy, który uzyskał kwalifikacje zawodowe poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej, wpisania na listę członków okręgowej izby lekarskiej oraz wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

„Wzór 26a

Uchwała nr ...

***Okręgowej Rady Lekarskiej w ...**

***Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w ...**

z dnia ...

w sprawie przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty, *lekarzowi *lekarzowi dentyście, który uzyskał kwalifikacje zawodowe poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej, wpisania na listę członków okręgowej izby lekarskiej oraz wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Na podstawie art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583) w zw. z art. 7 ust. 13 w zw. z art. 7 ust. 9 i 10 oraz art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza

i lekarza dentysty (Dz.U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.) w zw. z art. 25 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 3b, art. 6 ust. 1 i art. 25 pkt 12 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 4 ust. 1 pkt 2b, § 5 ust. 3, § 8 ust. 1, 3 i 4 uchwały 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., nr /21/VIII z dnia 29 stycznia 2021 r. (t.j. nadany Obwieszczeniem Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej nr 2/21/VIII z 18 listopada 2021 r. z późn. zm.) *oraz art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich i uchwały nr ... Okręgowej Rady Lekarskiej w ... z dnia ... (w sprawie upoważnienia Prezydium ORL do działania w imieniu ORL)

*po rozpatrzeniu wniosku Pana(i) ..., obywatela Ukrainy, który(a) uzyskał(a) dyplom *lekarza *lekarza dentysty w..... oraz decyzję Ministra Zdrowia z dnia na wykonywanie zawodu lekarza* lekarza dentysty wydaną na podstawie art. 61 ust. 1 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa o przyznaniu warunkowego prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty uprawniające do samodzielnego wykonywania zawodu* w celu jego wykonywania pod nadzorem *lekarza *lekarza dentysty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Przyznaje się *lekarzowi *lekarzowi dentyście ... obywatelowi Ukrainy warunkowe prawo wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej uprawniające do samodzielnego wykonywania zawodu* wykonywania zawodu pod nadzorem *lekarza *lekarza dentysty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty, w czasie od..... do..... w podmiocie leczniczym.

2. Przyznane warunkowe prawo wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty *oznacza się numerem

§ 2.

1. Przyjmuje się *lekarza *lekarza dentystę ... do Okręgowej Izby Lekarskiej w ... i *wpisuje na listę jej członków.

2. Dokonuje się wpisu wymienionego w ust. 1 *lekarza *lekarza dentysty do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów pod numerem ...

§ 3.

Wydaje się *lekarzowi *lekarzowi dentyście dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” *lekarzowi dentyście, z adnotacją „Dokument uprawnia do warunkowego wykonywania zawodu lekarza” lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej samodzielnie pod nadzorem”, z terminem ważności do dnia

§ 4.

Ze względu na wyjątkowo ważny interes strony, uchwała podlega wykonaniu z dniem podjęcia.

§ 5.

Wnioskodawcy przysługuje prawo wniesienia odwołania od niniejszej uchwały do Naczelnej Rady Lekarskiej za pośrednictwem *Okręgowej Rady Lekarskiej *Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w terminie 14 dni od jej doręczenia. W trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu administracji publicznej, który wydał uchwałę. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez stronę postępowania, uchwała staje się ostateczna i prawomocna, co oznacza, iż uchwała podlega natychmiastowemu wykonaniu i brak jest możliwości zaskarżenia uchwały do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Nie jest możliwe skuteczne cofnięcie oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania.

§ 6.

Odstępuje się od uzasadnienia uchwały jako uwzględniającej w całości żądanie strony.

sekretarz prezes
okręgowej rady lekarskiej okręgowej rady lekarskiej

„Wzór 28a

Uchwała nr ..

*Okręgowej Rady Lekarskiej w

*Prezydium Okręgowej Rady

Lekarskiej w ...

z dnia ..

w sprawie odmowy przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentystry, *lekarzowi *lekarzowi dentyście, który uzyskał kwalifikacje zawodowe poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej, odmowy wpisania na listę członków okręgowej izby lekarskiej oraz odmowy wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów

Na podstawie art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583) w zw. z art. 7 ust. 13 w zw. z art. 7 ust. 9 i 10 oraz art. 5 ust. 1 ustawy

z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.) w zw. z art. 25 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 3b, *3c art. 6 ust. 1 i art. 25 pkt 12 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 4 ust. 1 pkt 2a, § 5 ust. 3, § 8 ust. 1, 3 i 4 uchwały 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 dentyisty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów (t.j. nadany Obwieszczeniem Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej nr 2/21/VIII z 18 listopada 2021 r. z późn. zm.) *oraz art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich i uchwały nr ... Okręgowej Rady Lekarskiej w ... z dnia ... (w sprawie upoważnienia Prezydium ORL do działania w imieniu ORL)

*po rozpatrzeniu wniosku Pana(i) ..., obywatela Ukrainy, który(a) uzyskał(a) dyplom *lekarza *lekarza dentyisty w..... oraz decyzję Ministra Zdrowia z dnia na wykonywanie zawodu lekarza *lekarza dentyisty wydaną na podstawie art. 61 ust. 1 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa w zw. z 7 ust. 9 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty o przyznaniu warunkowego prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentyisty uprawniające do samodzielnego wykonywania zawodu *w celu jego wykonywania pod nadzorem *lekarza *lekarza dentyisty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Odmawia się przyznania *lekarzowi *lekarzowi dentyście ... warunkowego prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentyisty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej uprawniające do samodzielnego wykonywania zawodu *wykonywania zawodu pod nadzorem *lekarza *lekarza dentyisty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty, w czasie od..... do..... w podmiocie leczniczym.

§ 2.

1. Odmawia się przyjęcia *lekarza *lekarza dentyistę ... do Okręgowej Izby Lekarskiej w ... i odmawia się *wpisu na listę jej członków.
2. Odmawia się wpisu wymienionego w ust. 1 *lekarza *lekarza dentyisty do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów.

§ 3.

Wnioskodawcy przysługuje prawo wniesienia odwołania od niniejszej uchwały do Naczelnej Rady Lekarskiej za pośrednictwem *Okręgowej Rady Lekarskiej *Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w terminie 14 dni od jej doręczenia.

W trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu administracji publicznej, który wydał uchwałę. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez stronę postępowania, uchwała staje się ostateczna i prawomocna, co oznacza, iż uchwała podlega natychmiastowemu wykonaniu i brak jest możliwości zaskarżenia uchwały do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Nie jest możliwe skuteczne cofnięcie oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania.

Uzasadnienie

sekretarz prezes
okręgowej rady lekarskiej okręgowej rady lekarskiej

21) w załączniku nr 6 do regulaminu wpis nr 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Treść wpisu urzędowego dotyczącego terminu ważności prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyisty przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego, przystąpienia do testu umiejętności oraz treść wpisu urzędowego dotyczącego spełnienia wymogów przyznania prawa wykonywania zawodu

Na podstawie art. 5c ust. 1 i art. 6 ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.) przyznane prawo wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentyisty upoważnia do *odbycia stażu adaptacyjnego *przystąpienia do testu umiejętności, ustalonego przez Ministra Zdrowia i traci ważność z dniem zakończenia stażu adaptacyjnego *złożenia testu umiejętności.

data pieczęć okrągła
podpis

Na podstawie art. 5 ust. 7 w zw. z art. 15b ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.) prawo wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentyisty upoważnia do wykonywania zawodu w celu i na czas odbywania stażu podyplomowego *lekarza *lekarza dentyisty, wyłącznie w miejscu jego odbywania. Prawo wykonywania zawodu traci ważność z dniem zakończenia stażu podyplomowego lub z upływem 5 lat od dnia jego przyznania, tj. z dniem

data pieczęć okrągła
podpis

Staż podyplomowy *lekarza *lekarza dentystry
został ukończony z dniem

data pieczęć okrągła
podpis

*Lekarski Egzamin Końcowy *Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy został złożony z wynikiem pozytywnym z dniem.....

data pieczęć okrągła
podpis

Na podstawie uchwały Nr ...Okręgowej Rady Lekarskiej w ... z dnia..... prawo wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentystry zostało przyznane na czas nieokreślony.

data pieczęć okrągła
podpis

22) w załączniku nr 6 do uchwały dodaje się wpis nr 16a w brzmieniu:

„16a. Treść wpisu urzędowego dotyczącego ustanowienia ograniczenia wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry, o której mowa w art. 10 ust. 3a ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, w związku z przerwą dłuższą niż 5 lat Na podstawie złożonej informacji przez lekarza..... lekarza dentystry..... posiadającego prawo wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentystry nr....., *specjalizację II stopnia *tytuł specjalisty wpełniącego nadzór nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez *lekarza *lekarza dentystry który podjął wykonywanie zawodu na warunkach określonych w art. 10 ust. 3a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz.U. z 2021 r., poz. 790 z późn. zm.), przewodniczący Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu okręgowej rady lekarskiej w..... stwierdza, że prawo wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentystry nr ... uprawnia Pana(nią) ... do wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentystry na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej bez ograniczeń.

data pieczęć okrągła
podpis

*niepotrzebne skreślić”;

23) w załączniku nr 6 do uchwały dodaje się pkt 13a i 13 b w brzmieniu:

„13a. Treść wpisu dotyczącego uznania stopnia / tytułu naukowego uzyskanego na terytorium innego państwa członkowskiego UE

Na podstawie pisma nr ... z dnia Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej oraz pisma Rady Doskonałości Naukowej z dnia stopień naukowy „nazwa w brzmieniu oryginalnym” uzyskany przez lekarza / lekarza dentystry, potwierdzony dokumentem wydanym przez „nazwa uniwersytetu / organu” w dniu jest równoważny ze stopniem naukowym „doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu / doktora habilitowanego nauk medycznych i nauk o zdrowiu” obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

data pieczęć okrągła
podpis

13b Treść wpisu urzędowego dotyczącego uznania stopnia naukowego za równoważny w drodze nostryfikacji

Na podstawie zaświadczenia, o którym mowa w § 9 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie nostryfikacji stopni naukowych i stopni w zakresie sztuki nadanych za granicą (Dz.U. z 2018r., poz. 1877) nr.....wydanego przez, w dniu....., miejscowość....., stopień (nazwa stopnia)....., nadany przez (nazwa i siedziba instytucji)....., w (nazwa państwa, w którego systemie szkolnictwa wyższego działa instytucja)....., na podstawie (nazwa i numer rozstrzygnięcia wydanego w postępowaniu nostryfikacyjnym).....z dnia....., lekarzowi/lekarzowi dentyście (imię i nazwisko)....., posiadającemu prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej (numer prawa), członkowi okręgowej izby lekarskiej w....., został uznany za równoważny z polskim stopniem naukowym (nazwa stopnia naukowego).....

data pieczęć okrągła
podpis

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 14/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie opinii w przedmiocie projektu uchwały XV Krajowego Zjazdu Lekarzy zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 25 ust. 1 pkt 2 Uchwały nr 3 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r. w brzmieniu nadanym obwieszczeniem Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., uchwała się, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem uchwały stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały pozytywnie opiniuje przedmiotowy projekt.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

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

UCHWAŁA Nr 15/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie upoważnienia do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Andrzeja Matyję oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia z TU INTER Polska S.A. umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej samorządu lekarskiego obejmującej ubezpieczenie dla Naczelnej Izby Lekarskiej, jej organów oraz ich członków, a także okręgowych izb lekarskich, organów okręgowych izb lekarskich oraz ich członków na warunkach określonych w ofercie wraz z postanowieniami dodatkowymi z dnia 25 marca 2022 r. za kwotę łączną do 30 tys. złotych brutto (słownie: trzydzieści tysięcy złotych).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 16/22/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie sprawozdania kadencyjnego Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przedstawia się XV Krajowemu Zjazdowi Lekarzy sprawozdanie z VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

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

STANOWISKO Nr 7/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie sytuacji w publicznej opiece stomatologicznej

Naczelna Rada Lekarska, w ślad za licznymi stanowiskami i apelami Prezydium NRL, czuje się w obowiązku podkreślić niezwykle trudną sytuację, z jaką mamy do czynienia w opiece stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych. Obecny wzrost kosztów prowadzenia działalności leczniczej pogłębił tylko dramatyczny poziom braku rentowności kontraktów stomatologicznych. W obliczu obecnych wyzwań, jakimi są pogorsząca się sytuacja finansowa wielu rodzin, jak też objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym uchodźców, znaczenie sprawnej opieki stomatologicznej wzrasta niepomniernie.

Zaznaczyć należy, że efektem wielomiesięcznych prac są gotowe do wdrożenia Opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczące: 1) świadczeń chirurgicznych i periodontologicznych oraz 2) wyceny wymiany wypełnienia amalgamowego i świadczeń opracowania i wypełniania

ubytków, które również mogą być wdrożone po niezbędnych modyfikacjach. Niezwłocznej interwencji wymaga również nierentowna i niewydolna przez to opieka ortodontyczna, jak też utrudniony dostęp do stomatologicznych zabiegów w znieczuleniu ogólnym.

Narodowy Fundusz Zdrowia rezygnuje z postępowania konkursowych i propozycjami kolejnych aneksów stara się zapewnić formalne pokrycie potrzeb opieki stomatologicznej. Należy wyraźnie podkreślić, że takie zabezpieczenie jest wyjątkowo iluzoryczne. Jeśli świadczeniodawcy nie odmawiają podpisywania tych aneksów, to jedynie z uwagi na perspektywę zmian w wycenach i skorystają z przysługującego im prawa wypowiedzenia umowy, jeśli perspektywa ich wdrożenia będzie się oddalać. Toteż z liczby tak przedłużonych umów nie należy wyciągać żadnych wniosków, co do stopnia zabezpieczenia wzrastających potrzeb zdrowotnych w opiece stomatologicznej.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 8/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie przyjęcia prac Zespołu ekspertów do spraw terapii komórkowych i komórek macierzystych

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z rezultatami prac Zespołu ekspertów do spraw terapii komórkowych i komórek macierzystych, powołanego uchwałą Nr 63/21/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 maja 2021 r. w sprawie powołania Zespołu ekspertów do spraw terapii komórkowych i komórek macierzystych, zmienioną Uchwałą nr 71/21/P-VIII Prezydium NRL z dnia 28 maja 2021 r. oraz Uchwałą nr 86/21/P-VIII Prezydium NRL z dnia 9 lipca 2021 r., przyjmuje i aprobuje przedstawione przez Zespół stanowisko w sprawie komercyjnego oferowania zabiegów z wykorzystaniem komórek określanych jako macierzyste, w tym przeprowadzanych w ramach medycznych eksperymentów leczniczych, które stanowi załącznik do niniejszego stanowiska.

Naczelna Rada Lekarska w szczególności rekomenduje realizację przedstawionych w stanowisku Zespołu wniosków i propozycji. Ponadto Naczelna Rada Lekarska widzi potrzebę dalszej dyskusji z udziałem wszystkich zainteresowanych środowisk nad zagadnieniem stosowania terapii z wykorzystaniem komórek określanych jako macierzyste, w tym w ramach medycznych

eksperymentów leczniczych, a także wypracowania rozwiązań prawnych uszczegóławiających i doprecyzowujących istniejące normy prawne regulujące ten obszar.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 9/22/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw, o którym poinformował Pan Piotr Bromber Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w piśmie z dnia 11 marca 2022 r., znak: RKP.0210.1.2021.IG, zgłasza następującą uwagę.

Zakres regulacji w projektowanej ustawie wprowadzającej zmiany w ustawie o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz w kilku innych ustawach należy rozszerzyć o przepisy, które określałyby sposób realizowania zadań nałożonych na CMKP w zakresie organizowania i realizowania elementów kształcenia podyplomowego w zawodach wskazanych w art. 3 ust. 4 ustawy z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz koordynowania i kontrolowania zadań w tym zakresie realizowanych przez inne podmioty, w porozumieniu z właściwymi samorządami zawodowymi zawodów medycznych. Jednym z ustawowych zadań samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów jest opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i w innych zawodach medycznych. Wszelkie działania w zakresie kształcenia podyplomowego w zawodach medycznych powinny więc być podejmowane zarówno w porozumieniu z samorządem lekarskim, jak i właściwymi samorządami innych zawodów medycznych. Wykonywanie zadań nałożonych na CMKP w porozumieniu z właściwymi samorządami zawodowymi zawodów medycznych pozytywnie wpłynie na jakość kształcenia podyplomowego w poszczególnych zawodach medycznych, organizowanego zarówno przez CMKP, jak i przez inne uprawnione podmioty, oraz na dostosowanie go do aktualnych potrzeb w systemie ochrony zdrowia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**OBWIESZCZENIE
PREZYDIUM KRAJOWEJ KOMISJI
WYBORCZEJ
z dnia 12 kwietnia 2022 r.
o wygaśnięciu mandatu członka
Naczelnego Sądu Lekarskiego**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) 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., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 12 kwietnia 2022 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnego Sądu Lekarskiego lek. Wojciecha Łackiego, obwieszcza się, co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnego Sądu Lekarskiego na okres VIII kadencji 2018-2022 lek. Wojciecha Łackiego.

**PRZEWODNICZĄCY
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ**
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE
PREZYDIUM KRAJOWEJ KOMISJI
WYBORCZEJ
z dnia 12 kwietnia 2022 r.
o wygaśnięciu mandatu Zastępcy
Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności
Zawodowej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) 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., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 12 kwietnia 2022 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej lek. Marka Rybkiewicza, obwieszcza się, co następuje:
Wygasa mandat Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres VIII kadencji 2018-2022 lek. Marka Rybkiewicza.

**PRZEWODNICZĄCY
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ**
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE
PREZYDIUM KRAJOWEJ KOMISJI
WYBORCZEJ
z dnia 12 kwietnia 2022 r.
o wygaśnięciu mandatu Zastępcy
Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności
Zawodowej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) 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., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 12 kwietnia 2022 r.

w sprawie wygaśnięcia mandatu Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej lek. Teresy Bienko, obwieszcza się, co następuje:
Wygasa mandat Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres VIII kadencji 2018-2022 lek. Teresy Bienko.

**PRZEWODNICZĄCY
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ**
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE
PREZYDIUM KRAJOWEJ KOMISJI
WYBORCZEJ
z dnia 12 kwietnia 2022 r.
o wygaśnięciu mandatu Zastępcy
Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności
Zawodowej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) 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., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 12 kwietnia 2022 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej lek. Zofii Wawrzyszewskiej-Chrząstek, obwieszcza się, co następuje:
Wygasa mandat Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres VIII kadencji 2018-2022 lek. Zofii Wawrzyszewskiej-Chrząstek.

**PRZEWODNICZĄCY
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ**
Paweł Susłowski

NAUKA W PIGUŁCE

Pleśń może infekować ludzi



Aspergillus fumigatus

Nowe badanie przeprowadzone przez Imperial College London wykazało, że pleśń odporna na leki rozprzestrzenia się ze środowiska i zakaża płuca osób wrażliwych. Wyniki ukazały się w „Nature Microbiology”.

Aspergillus fumigatus to pleśń występująca w przyrodzie oraz w obszarach zabudowanych, która może powodować grzybicze choroby płuc. Osoby ze zdrowymi płucami neutralizują wdychane zarodniki, jednak te z chorobami płuc lub osłabionym układem odpornościowym czasami nie mogą tego zrobić, co oznacza, że zarodniki pozostają w płucach, powodując infekcję zwaną aspergilozą.

Aspergiloza dotyka 10-20 mln ludzi na całym świecie. Zakażenie jest zwykle zwalczane lekami przeciwgrzybiczymi, ale zgłaszano już oporność na te leki. W badaniu naukowcy wyizolowali 218 próbek *Aspergillus fumigatus* z Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii pobranych w latach 2005-2017. Około 7 na 10 próbek pochodziło od osób zakażonych (153 próbki od 143 pacjentów w pięciu szpitalach), a pozostałe ze środowiska (65 próbek) – w tym z gleby, kompostu, cebulek roślinnych, powietrza i innych źródeł. Jak twierdzą badacze, odporność *Aspergillus*

fumigatus ewoluowała z powodu powszechnego stosowania w rolnictwie fungicydów azolowych.

– Zrozumienie środowiskowych gorących punktów i genetycznych podstaw ewolucji oporności grzybów na leki wymaga pilnej uwagi, ponieważ oporność osłabia zdolność człowieka do zapobiegania chorobom i ich leczenia – przestrzega prof. Matthew Fisher z Imperial's School of Public Health, starszy autor badania. I dodaje, że częstość występowania aspergilozy lekoopornej z poziomu znikomego przed 1999 r. wzrosła obecnie do 3-40 proc. w Europie. Dodatkowo coraz więcej osób może być podatnych na zakażenie *Aspergillus fumigatus*, ponieważ rośnie liczba pacjentów, którzy są po przeszczepieniu komórek macierzystych lub narządów mięszowych i stosują terapię immunosupresyjną, lub cierpią na choroby płuc albo ciężkie wirusowe infekcje dróg oddechowych.

Naukowcy wyekstrahowali DNA z próbek pleśni i zsekwencjonowali je. Znaleźli sześć szczepów *Aspergillus fumigatus* istniejących w środowisku, które zainfekowały sześciu pacjentów. Podobieństwa genetyczne wskazywały, iż grzyb rozprzestrzenił się ze środowiska

na pacjenta. – Coraz częściej przypadki aspergilozy obserwowane klinicznie są odporne na leki azolowe pierwszego rzutu. Nie byliśmy jednak pewni, w jaki sposób dochodzi do infekcji – czy rozwijają się one w płucach podczas leczenia, czy też zarodniki pleśni, które infekują ludzi, są przede wszystkim odporne na leki. Nasze badanie wykazało, i potwierdza obawy, że zarodniki pleśni odporne w środowisku mogą dostać się do organizmu człowieka, zainfekować płuca, powodując trudniejsze do leczenia postaci choroby – mówi dr Johanna Rhodes z Imperial's MRC Center for Global Disease Analysis, główna autorka badania.

W 218 próbkach badacze odkryli 50 nowych genów związanych z lekoopornością. Zagłębiając się w DNA, odkryli również pięć nowych kombinacji jednocyfrowych zmian w DNA (zwanymi polimorfizmami pojedynczego nukleotydu lub SNP), które były związane z lekoopornością, w tym jedną, która była oporna na wiele leków. ■

Źródło: eurekaalert.org

Test na zwłóknienie wątroby

Naukowcy z Uniwersytetu Medycznego Karoliny Południowej (MUSC) opracowali nową metodę badania zwłóknienia wątroby opartą na przyłączaniu się cukrów do przeciwciał we krwi. Wyniki badań opublikowali w „Frontiers in Immunology”.

Test wykrywa specjalnie zmodyfikowane przeciwciała w próbkach krwi pacjentów i wykorzystuje pomiary jako predyktory zwłóknienia wątroby. Wczesne wykrycie tego stanu może pomóc w identyfikacji pacjentów zagrożonych ciężką chorobą, bez konieczności poddawania się znacznie bardziej inwazyjnej biopsji. ■

Źródło: eurekaalert.org

CZY MASZ DOBREGO DYREKTORA?

Zarządzanie szpitalem

Zatrudniono na chirurgii nowego lekarza, specjalistę od operacji bariatrycznych. Fajnie, brakowało w zespole takich umiejętności. I jeszcze na internie koleżanka zrobiła endokrynologię. No i jest nowy dyrektor. Wcześniej pracował w powiecie jako kierownik działu, ale ma podobno dobre pomysły...

Zbigniew Orzeł dr nauk o zdrowiu, lekarz, były dyrektor szpitali, ekspert w zakresie zarządzania, MBA

Trudno omawiać sprawy oczywiste. A tematem jest dyrektor szpitala i jego wpływ na funkcjonowanie placówki, którą kieruje. Jakie to ma znaczenie dla lekarzy? Czy jest dobrym menadżerem czy złym? Czy lekarze potrzebują dobrego dyrektora szpitala? A może wystarczy, żeby się nie wtrącał i wyrażał zgodę na nasze – lekarskie – potrzeby?

ADMINISTROWANIE VS ZARZĄDZANIE

Jeden z wyborów, przed którym stoimy wobec planów reformy szpitali, jest taki – administrować czy zarządzać szpitalem? Jaka jest różnica? I co mają do tego lekarze? Otóż bardzo dużo. Lekarze to grupa o dużym formalnym i nieformalnym wpływie na kształt systemu ochrony zdrowia. I teraz jest czas na wyrażenie swojego wyboru – administrowanie czy zarządzanie? W dużym uproszczeniu (definicje własne): administrowanie to pośrednictwo w dysponowaniu zasobami zgodnie z dyspozycjami „odgórnymi”; zarządzanie to autonomiczne podejmowanie decyzji w związku ze zmieniającymi się okolicznościami. Zarządzanie (w odróżnieniu od administrowania) wiąże się z ryzykiem – nie ma zarządzania bez ryzyka. Celem zarządzania jest efektywność administrowania – sprawność – zrealizowanie ustalonych zadań.

Efektywne zarządzanie szpitalem to w uproszczeniu większa dostępność leczenia i jego jakość. To lepsza praca lekarzy we wszystkich jej



wymiarach. To lepsze efekty leczenia. Bez tego ochrona zdrowia nie ma sensu.

CO POTRAFI DYREKTOR

A dyrektor? To oczywiście, że w przypadku nowego lekarza oceniane są kwalifikacje, umiejętności, opinia wśród kolegów. Nikt się nie zastanawia, jakie ma pomysły. Dlatego więc w ocenie dyrektora, który przecież w tym samym zakładzie – szpitalu ma kierować tym lekarzem, na plan pierwszy nie są wysuwane kompetencje

Starosta zadał mi pytanie podczas pierwszej rozmowy: jakie pan ma pomysły? Ja? Żadnych. Broń Boże szpital przed pomysłowym dyrektorem. Dyrektor ma mieć kompetencje, doświadczenie. To wszystko, co zawiera się w „evidence-based management”, tak jak dla lekarza w „evidence-based medicine”.

W Polsce toczy się dyskusja o roli kompetencji menedżerskich w procesie zarządzania szpitalami. Dyrektor szpitala jest wybierany w konkursie, ale w większości nie gwarantuje to wyboru kompetentnego menedżera.

Za to gwarantuje lojalność. Czy to wystarczy? Wobec kogo? A może to bez znaczenia? Skoro pieniądze w systemie jest za mało, a koszty rosną, to i Salomon... Gdyby tak było, to wszystkie podmioty (publiczne i niepubliczne) generowałyby straty. To znaczy, że niepublicznych by już nie było (a stanowią większość podmiotów ambulatoryjnych w polskim systemie ochrony zdrowia i ponad 20 proc. szpitali), a publiczne wszystkie byłyby nadmiernie zadłużone – a tak nie jest w większości przypadków. I wreszcie, kto jest najważniejszy w tej lojalności? Pacjent?

ZADŁUŻYŁ, ALE PORZĄDNY...

Słyszymy, że to „zły dyrektor – zadłużył szpital”. Czyli jakie decyzje podjął lub jakich zaniechał, że to on zadłużył? Bo jeżeli przyjął do pracy „poleconych, wyjątkowo zdolnych”, a już miał nadmiar zatrudnionych – to fakt, zadłużył. A może nie podejmował działań motywujących pracowników do wykonania umowy z NFZ – to fakt, zadłużył. A może płacił wyższą niż rynkową stawkę godzinową lekarzom i pielęgniarkom – to fakt, zadłużył – ale porządnym. Może ma nadmiar zatrudnionych lekarzy, bo i specjaliści, i rezydenci, i stażyści, i praktykanci. W sumie czasami jeden lekarz na jedno łóżko, ale nie zwolnił, do poradni i SOR-u nie wysłał – to fakt, zadłużył, ale porządnym. Podobno napisał jakiś plan restrukturyzacji zatrudnienia, ale potem się wycofał. To zły czy dobry? Zły, ale porządnym. Albo dobry, ale nieporządnym.

Dyrektorka, moja koleżanka, mówiła: dyrektor nie zupa pomidorowa – nie trzeba go lubić. Czy chcemy mieć dobrych dyrektorów? To zależy. Ja tak, ale myślę, że niektórzy koledzy nie. Jeżeli jestem specjalistą i chętnie pracuję, to wybieram szpital, z którego jestem dumny – że właśnie w nim pracuję. Bo wszyscy wiedzą, że mój oddział jest najlepszy w województwie, a szpital jednym z najlepszych. Mój szef jest bardzo wymagający. Ma swoje wady. Ale nauczył mnie zawodu – to bardzo wiele. Dzięki niemu rzeczywiście czuję, że mam wolny zawód. Zawsze mogę się zwolnić, a nawet wyjechać z Polski. Ale nie chcę, bo praktykuję w dobrym szpitalu i dobrze mi się w nim

pracuje. Pracuję ciężko. Im ciężiej, tym więcej zarabiam. Czy to najważniejsze? Nie, ale bardzo ważne. A co najważniejsze? Że mi się udaje. Lecz takich pacjentów, jakich inni się nie podejmują. A czasami zwykłych, ale bardzo dobrze. Nie szkodzę. Szanuję mnie. Pacjenci i koledzy.

Czasami narzekamy na dyrektora. Wtedy szef mówi: przestańcie, mamy dobrego dyrektora. Wiadomo – szef trzyma z dyrektorem. – Czego wam brakuje? – pyta. – Sprzęt jest, jaki chcecie. Pacjenci są, ilu chcecie. Ja daję wam wolną rękę. A efekty leczenia? Nasz oddział jest pokazywany w Polsce na zjazdach towarzystwa naukowego jako przykład efektów leczenia na poziomie światowym.

**Jak to się stało, że
w szpitalu, organizacji
opartej na wiedzy,
zarządzającej wiedzą
i nawet ją próbującą
magazynować, mamy
administrację i dyrektora,
którzy nie mają
z tym nic wspólnego
(a przynajmniej tak
nam się wydaje)?**

Chcecie się kształcić – kształćcie się. Dostaliście nagrodę roczną? Nie wszyscy, i tak ma być. Dostali ci, którzy najlepiej pracowali – wymienienia nazwiska. Może by szefa wymienić? A kto będzie lepszy?

No tak, a w tym drugim szpitalu to dyrektor nie oszczędza, co prawda mają dług, nagrody nie było, ale tak ciężko nie pracują. Czasem wcale nie pracują... To jaki to ma sens? Czasem nie pracują, bo nie mają sprzętu jednorazowego albo anestezjologa, albo awaria na bloku. Przestoje, bo nie ma pieniędzy. Pacjenci długo leżą, ale co zrobić, jak nie ma na czas badań diagnostycznych – bo nie ma pieniędzy. Lekarze zaczynają się kłócić, bo dlaczego radiolog ma zarabiać więcej niż chirurg – przecież ich dyrektor mówił, że nie ma pieniędzy. Co ten ich dyrektor robi, że nie ma pieniędzy?

Podobno to przez problemy systemowe, że przez COVID-19, że przez polityków, że przez poprzedniego dyrektora i wszystkich wcześniejszych. A jak się wkurzy, to mówi, że to ich, lekarzy, wina. I jeszcze pokazuje tabelki i wykresy, i rzeczywiście tak to trochę wygląda.

Ale nasz szpital działa w tym samym systemie, mieliśmy oddział covidowy, mamy tych samych polityków we władzach. A jednak mamy zyski, mamy bezpieczną pracę, szpital się rozwija.

To gdzie jest różnica? Dlaczego im się nie wiedzie? Wszędzie, czyli może nigdzie? Ale wiadomo, kto za to odpowiada. Jest w ustawie (o działalności leczniczej) – jednoosobowo dyrektor. Jeszcze doradza mu rada społeczna. Jak społeczna, to tak doradza. Ale przynajmniej nie trzeba jej płacić tak jak radzie nadzorczej – a może byłoby warto? I zastępcy mówią, że też nie chcą, ale się zgodzili (pełnić funkcje).

A może im (dyrektorom) też potrzeba szefa? – tak jak my go mamy. Może powinni się uczyć? – tak jak my musimy i chcemy. Może administracja szpitala też powinna być lepiej wykształcona i bardziej samodzielna? – tak jak my musimy być wobec pacjentów. Powinna zarządzać – podejmować ryzyko.

INTUICJA I ZAUFANIE TO ZA MAŁO

Jak to się stało, że w szpitalu, organizacji opartej na wiedzy, zarządzającej wiedzą i nawet ją próbującą magazynować, mamy administrację i dyrektora, którzy nie mają z tym nic wspólnego (a przynajmniej tak się nam wydaje)? A w innym szpitalu mają. Nie można w tak ważnych społecznie organizacjach jak szpitale oprzeć zarządzania na intuicji i zaufaniu do lojalnych ludzi. W pierwszej kolejności muszą być kompetentni, a przed tym – posiadać minimalny potencjał intelektualny i społeczny do pełnienia tak odpowiedzialnych funkcji. I podejmować decyzje, czasami ryzykowne – niekiedy błędne.

Można do tego dojść wieloma modelami: francuskim – organizując ogólnonarodową preselekcję na kandydatów na dyrektora

i specjalne studia, lub koreańskim (północnym) – nie wiem jakim, ale się domyślam. Ale pewne jest jedno, jeżeli odpowiedzialność za złe zarządzanie będzie kończyć się na odwołaniu ze stanowiska (często celem zajęcia kolejnego), a nie poważniejszymi konsekwencjami (jak prezesa czy członków zarządów spółek), to liczba i jakość kandydatów na stanowisko dyrektora nie ulegną zmianie.

NIE MUSIMY SIĘ LUBIĆ

Nie ma dobrej medycyny bez pieniędzy, nigdzie na świecie. Ale pieniądze można efektywnie wykorzystywać dla zrealizowania szczytnych celów (jak medycyna), albo marnować (pod pozorem medycyny). Od efektywności ich wydawania zależy kształt i pojemność koszyka świadczeń gwarantowanych, a to też dostępność i jakość (do nowoczesnych technologii). Lekarze pracują w oparciu o dobre praktyki, efektywnie, podejmując codziennie ryzyko (oby jak najmniejsze). Może o tym nie myślą, ale są menadżerami zdrowia swoich pacjentów.

Czy praca ich szefa – dyrektora – nie powinna być spójna z ich pracą? Lekarze powinni oczekiwać dobrych menadżerów szpitali, a menadżerowie szpitali – dobrych lekarzy. A więc musimy żądać zarządzania,

**Nie ma dobrej
medycyny bez
pieniędzy, nigdzie na
świecie. Ale pieniądze
można efektywnie
wykorzystywać
dla zrealizowania
szczytnych celów
(jak medycyna)
albo marnować (pod
pozorem medycyny).**

a nie administrowania, a to wiąże się z ryzykiem, dla wszystkich – polityków też.

Jak to osiągnąć? Wydaje się, że łatwo, skoro znane są dobre wzorce w Polsce (głównie w sektorze niepublicznym, ale nie wyłącznie) i w Europie. A jednak niełatwo – „łatwe są tylko zmiany na gorsze”. Ale od czegoś trzeba zacząć. Kiedyś z dyrektorami przepracowaliśmy kontrakty menadżerskie (ustawa o działalności leczniczej ich nie zabrania nawet w sp. ZOZ-ach) i żaden z nich się na zawarcie kontraktu nie zgodził. Ciekawe dlaczego ludzie, którzy zachęcają swoich pracowników – lekarzy – do zatrudnienia na kontraktach, sami

się na nie nie godzą. Może wiedzą coś więcej?

Właśnie od tego mechanizmu poprawy efektywności zarządzania poprzez zapisanie w umowie z dyrektorem celów i odpowiedzialności bym zaczął. Może zamiast poddać szpitale wielkiej restrukturyzacji (chyba szóstej w mojej pamięci), lepiej radykalnie zmienić zasady zarządzania – od zasady wynikającej z powołania, czyli należytej staranności, do umowy celu. Być może wielu dyrektorów zrezygnowałoby z pracy? A może wskazaliby jakieś nowe warunki dalszej współpracy? Ktoś powie – to już było. I co z tego? Wpiszmy to do ustawy (o działalności leczniczej) z terminem na zmianę już istniejących umów. Niech nie dotyczą tylko nowych dyrektorów, ale wszystkich.

Niech w szpitalu dyrektor będzie taki jak lekarze – z ich zaletami i wadami; niech współuczestniczy w zarządzaniu zdrowiem naszych pacjentów. Niech podejmuje decyzje. I ponosi odpowiedzialność. Bo za jego ignorancję zapłacą pacjent i ja – lekarz, a sukces to dobra medycyna. Dlatego zarządzanie szpitalem mnie obchodzi i chcę mieć dobrego dyrektora. Mogę go nawet nie lubić. ■

REKLAMA

Sieć rozwiąże problem kolejek?

Z prof. Konradem Rejdakiem, prezesem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, rozmawia Lucyna Krysiak.

Z jaką siłą COVID-19 uderzył w neurologię?

To był ogromny cios. Dolegliwości ze strony układu neurologicznego dotyczą 30 proc. społeczeństwa w różnych okresach życia. Oprócz ciężkich stanów ostrych, takich jak udary mózgu, na które zapada w Polsce około 70-80 tys. osób rocznie, mamy dużą grupę pacjentów cierpiących na różne choroby przewlekłe, m.in. na padaczkę, stwardnienie rozsiane, chorobę Parkinsona, Alzheimera i wiele innych. W tej grupie są również osoby z przewlekłymi bólami, m.in. głowy (migreny), kręgosłupa i cierpiące na choroby rzadkie. Neurologia zajmuje więc szczególne miejsce w systemie opieki zdrowotnej, a pandemia utrudniła dostęp do poradni i oddziałów neurologicznych. Pacjenci nie docierali na diagnostykę na czas, np. w przypadku pierwszych objawów stwardnienia rozsianego. Opóźnienia dotknęły także seniorów cierpiących na choroby zwyrodnieniowe czy otępienne. Na dodatek niestety, jak się szybko okazało, wirus SARS-CoV-2 ma także cechy neurotroczne, co oznacza, że atakuje układ nerwowy, przybyło więc pacjentów zgłaszających dolegliwości neurologiczne jako skutek przebiegu COVID-19. To sprawiło, że dług zdrowotny, który powstał w czasie pandemii, skumulował się dodatkowo.

Jak tego rodzaju spustoszenia w układzie nerwowym można leczyć?

Post-COVID czy long-COVID, jak różnie nazywany jest ten syndrom, obejmuje całe spektrum objawów. Szacuje się, że występują one u około 30 proc. osób, które chorowały, czyli u 2 mln Polaków. Zmęczenie, różne neuropatie, zespoły bólowe i zaburzenia funkcji poznawczych to najczęstsze z nich. Nawet łagodny przebieg COVID-19 może wiązać się z powikłaniami neurologicznymi. Co więcej, nie mamy czym leczyć chorych, gdyż nie prowadzono badań klinicznych w tym zakresie.

W Oxfordzie przebadano natomiast pacjentów, którzy łagodnie przeszli zakażenie koronawirusem i nie wymagali hospitalizacji. Badacze wykorzystali wynik rezonansu magnetycznego sprzed choroby i porównali go z badaniem przeprowadzonym po zakończeniu infekcji. Wnioski były jednoznaczne: u osób tych zaobserwowano znaczne zaniki mózgu i to w płatach skroniowych, a więc bardzo wrażliwych jego obszarach, odpowiadających za funkcje poznawcze.

W czasie, kiedy szalała pandemia, PTN pracowało nad rozwiązaniami, które poprawiłyby opiekę nad pacjentami,



Prof. Konrad Rejdak: – Powinien być klarowny system kierowania do konkretnych poradni z określeniem celu diagnostycznego i terapeutycznego, aby nie powielić systemu.

także tymi, którzy przebyli COVID-19. Rezultatem jest utworzenie Krajowej Sieci Neurologicznej. Czy to oznacza rewolucję w systemie?

Sieć opiera się na koncepcji ewolucyjnego przeorganizowania systemu. Opracowaliśmy strategię biorącą pod uwagę okoliczności, w jakich działamy, i dostosowaliśmy do nich konkretne rozwiązania. Mamy w Polsce kilka tysięcy poradni neurologicznych, dysponujemy także bardzo dobrze funkcjonującym zapleczem szpitalnym, tylko trzeba te siły inaczej wykorzystać.

Neurologia jest jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin, jeśli chodzi o diagnostykę i leczenie. Wykształciły się więc podspecjalności związane z wybranymi grupami schorzeń. Nie dążymy jednak do tego, aby je formalnie wydzielać, ale by system opieki neurologicznej rozpoznawał je w postaci określonych placówek świadczących usługi w konkretnych zakresach specjalistycznych. Nie każdy podmiot jest wyspecjalizowany we wszystkim na tym samym poziomie. Dlatego postulujemy, żeby wyodrębnić centra doskonałości we wszystkich województwach zgodnie z liczebnością populacji w ramach sieci neurologicznej. Powinny przy nich powstać specjalistyczne

poradnie neurologiczne, różniące się od ogólnych poradni neurologicznych, będących uzupełnieniem podstawowej opieki zdrowotnej. W większości są one blisko lekarzy rodzinnych, dobrze służą pacjentom, ale nie mają zaplecza diagnostycznego, by rozpoznawać choroby neurologiczne o specyficznych objawach. Ta diagnostyka może być przeprowadzona tylko w placówkach o podwyższonym stopniu specjalizacji i takie podmioty należy wyłonić z istniejących poradni i oddziałów szpitalnych.

KSN wprowadza więc podział na poradnie neurologiczne i oddziały zajmujące się podstawowymi dolegliwościami i wymagającymi bardziej skomplikowanej diagnostyki i terapii.

Można tak powiedzieć, np. dolegliwości bólowe kręgosłupa, z którymi zmagają się większość Polaków, może leczyć neurologiczna poradnia ogólna, ale choroby, które wymagają np. badań genetycznych, powinna prowadzić poradnia o podwyższonej specjalności. Mamy też zaniedbany obszar neuroonkologii, którą w tej sieci trzeba uwzględnić. Po onkologicznych operacjach neurochirurgicznych, a dodatkowo po naświetlaniach czy chemioterapii, pacjenci są kierowani do neurologów, a my nie mamy procedur, które pozwalałyby takie leczenie odpowiednio sfinansować. Podobnie jak w przypadku stanów pourazowych, neuroinfekcji oraz chorób rzadkich, które także nie mają umocowania finansowego w systemie.

Czy sieć skróci kolejki do neurologów?

To jedno z założeń KSN. Absurdem jest, aby chory z bólem kręgosłupa czy głowy czekał na wizytę u specjalisty kilka miesięcy. Powinien być klarowny system kierowania do konkretnych poradni z określeniem celu diagnostycznego i terapeutycznego, aby nie powielać wizyt i nie zapychać systemu. Jeżeli neurolog w poradni ogólnej stwierdzi podejrzenie konkretnej choroby, to powinien mieć możliwość skierowania pacjenta do specjalistycznej poradni neurologicznej. Obecnie takiej opcji nie ma. System rozpoznaje wszystkie placówki tak samo, bez różnicowania stopnia ich podspecjalizacji. Jeśli pacjenci będą mieli ściśle określone ścieżki diagnostyczno-terapeutyczne, to kolejki się skrócą. Zniesienie limitów przyjęć do specjalistów nie rozwiązało tego problemu. Trzeba więc zadziałać w inny sposób.

Ilu mamy neurologów i czy młodzi lekarze chętnie się specjalizują w tej dziedzinie?

Zarejestrowanych jest około 4,5 tys. neurologów, ale tylko 3 tys. z nich pracuje w publicznym systemie, z czego jedna trzecia jest w wieku emerytalnym. Gdyby pewnego dnia zdecydowali się zrezygnować z pracy, doszłoby do poważnego kryzysu. W wielu szpitalach dyżurują emerytowani lekarze – gdyby nie oni, trudno byłoby wypełnić grafik. Niestety młodzi lekarze uciekają z oddziałów neurologicznych, bo warunki pracy są tam trudne. Wiele oddziałów z powodu deficytów kadrowych trzeba było zamknąć, co jest niepowetowaną stratą. Pacjenci w ciężkich stanach z udarami mózgu trafiają do przepełnionych oddziałów i leżą na korytarzach. Tymczasem od warunków pracy oferowanych lekarzom zależy, czy wybiorą specjalizację z neurologii i czy zostaną w szpitalu lub w poradniach przyszpitalnych. Na razie są one nieatrakcyjne, więc

Jeżeli neurolog w poradni ogólnej stwierdzi podejrzenie konkretnej choroby, to powinien mieć możliwość skierowania pacjenta do specjalistycznej poradni neurologicznej. Obecnie takiej opcji nie ma. System rozpoznaje wszystkie placówki tak samo, bez różnicowania stopnia ich podspecjalizacji.

lekarze wybierają pracę w sektorze niepublicznym. Aby to zmienić, powinno się wpisać neurologię na listę priorytetową i włączyć do strategii państwa. Resort zdrowia powołał radę ds. neurologii, liczymy więc, że postulaty proponowane przez PTN zostaną przez jej członków przyjęte i będą wdrażane.

Jak napływ uchodźców z objętej wojną Ukrainy wpływa na polską neurologię?

Uchodźcy są potencjalnymi pacjentami neurologów, ale nie znamy skali tego zjawiska. Wiemy tylko, że do Polski przybywają głównie kobiety z dziećmi oraz osoby w podeszłym wieku, a więc z grup ryzyka. Już trafiają do naszych poradni i szpitali pierwsi chorzy obywatelstwa ukraińskiego ze stwardnieniem rozsianym, z rdzeniowym zanikiem mięśni, zagrożone udarem mózgu na skutek stresu, wysiłku i braku dostępu do leków. Należałoby je jak najszybciej zbadać, sklasyfikować i udzielić im pomocy. Zdajemy sobie sprawę, że ta nowa sytuacja zakłóci normalny tok prac związanych z wprowadzaniem zmian w neurologii. Jednak bez nich dojdzie do jeszcze większego przeciążenia systemu, a nawet do jego paraliżu. PTN opracowuje strategię, jak pomóc uchodźcom z Ukrainy, by do tego nie doszło. Ponadto nasze towarzystwo oferowało wsparcie finansowe, a także nawiązało kontakt z lekarzami neurologami z tego kraju, pomagając w dostawach leków dla chorych, którzy ich najbardziej potrzebują, gdyż nie mogą przerwać terapii, np. pacjentów z padaczką.

Czy w Polsce jest zadowalający dostęp do nowoczesnych terapii?

Ostatnie lata przyniosły w neurologii spektakularny postęp i w dużej mierze nowoczesne terapie są już dostępne. Przykładem może być leczenie udarów w fazie ostrej, gdzie pacjenci w wyznaczonych ośrodkach mają zapewnioną trombektomię. Na plus zmieniło się także leczenie padaczki. Wiele nowoczesnych leków stosowanych w przypadku tej choroby ma już swoje odpowiedniki generyczne i jest refundowanych. Wciąż pojawiają się też nowe terapie, walczymy więc o to, aby jak najszybciej były one objęte refundacją, ponieważ 30 proc. chorych na padaczkę nie odpowiada na leczenie i wciąż musimy poszukiwać nowych rozwiązań. Podobnie jest w przypadku chorujących na stwardnienie rozsiane.

Skuteczność nowoczesnych terapii jest coraz większa, dzięki czemu lepiej kontrolujemy chorobę, poprawiamy jakość życia chorych i unikamy powikłań. Poprawiła się też dostępność do nowoczesnych terapii, także genowych, w chorobach rzadkich. Neurologia długo na to czekała. ■

REPORTAŻ



Lidia Sulikowska
dziennikarz

Przystanek życia

Choroba nowotworowa dziecka jest tragedią dla rodziców. A gdy spadają bomby, a podróż do szpitala po dającą życie terapię może zakończyć się rozstrzelaniem lub okazać bezcelowa, bo zabrakło leków albo placówki medycznej już nie ma, to koszmar przeradza się w coś niewyobrażalnego.



Od początku marca konwoje z małymi pacjentami i ich bliskimi przybywają do ośrodka wytchnieniowego w Bochericu

Bocheniec, wieś położona w woj. świętokrzyskim, nieco ponad 25 km od Kielc. W tutejszym ośrodku wypoczynkowym od początku marca jest bardzo gwarno – jak chyba jeszcze nigdy o tej porze roku. Sezon zazwyczaj rozpoczyna się później. Ale nie tej wiosny.

Po korytarzach biegają dzieci, a ich mamy, ciocie czy babcie mogą wreszcie czuć się bezpiecznie, wypić w spokoju herbatę, usłyszeć dobre słowo. To nie są jednak turyści, a rodziny ukraińskie z chorującymi na raka dziećmi, które uciekły z ogarniętego wojną kraju. Tam leczenie nie mogło być kontynuowane.

Konwoje z małymi pacjentami i ich bliskimi przybywają tu od początku marca. To miejsce stało się ośrodkiem transferowym – ostatnim przystankiem przed dotarciem do kliniki onkologicznej – w Polsce lub zagranicą, w której leczenie zostanie wznowione.

NIE WSZYSCY CHCĄ WYJEŹDZAĆ

Chorujące onkologicznie dzieci z Ukrainy zaczęły pojawiać się w Polsce już w pierwszych dniach agresji Rosji. – Bardzo dobrze pamiętam dzień, kiedy wybuchła wojna. Byłam wtedy na dyżurze. Rozdzwonił się telefon. Zaczęły się pytania, czy przyjmę na oddział chore dziecko. Pierwsze, drugie, kolejne. Rodziny na własną rękę uciekały z kraju



W Jednoróżcu dzieci mogą wreszcie odpocząć



W środku: Marta Salek, onkolog St. Jude Children's Research Hospital w Memphis (USA)



Zadaniem lekarzy jest przygotowanie dzieci do dalszej podróży, czyli do docelowej kliniki

i poszukiwały pomocy dla swoich pociech w Polsce. Tych zapytań było coraz więcej – opowiada prof. Anna Raciborska, kierownik Kliniki Onkologii i Chirurgii Onkologicznej Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Szybko stało się jasne, że pojedyncze inicjatywy lekarzy czy oddziałów onkologicznych w Polsce nie sprostają narastającym potrzebom. Sytuacja wymagała bardziej skoordynowanych działań. Na szczęście bardzo szybko Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej z prof. Wojciechem Młynarskim na czele podjęło się koordynacji pomocy dla ukraińskich dzieci chorych na raka i z chorobami krwi.

PTOiHD w ekspresowym tempie uruchomiło infolinię, za pomocą której można zgłaszać chęć przyjazdu z chorym dzieckiem do Polski. W pierwszym tygodniu wojny do naszego kraju przybyło około stu dzieci z Ukrainy. Wszystkie polskie kliniki onkologii dziecięcej zaangażowały się w pomoc (pod koniec kwietnia było w nich grubo ponad 200 dzieci). – To budujące. Naprawdę pracujemy z powołania – stwierdza prof. Raciborska. W krótkiej perspektywie rysuje się jednak duże obciążenie dla polskiego systemu dziecięcej opieki onkologicznej. Trzeba myśleć o współpracy międzynarodowej i ewakuacji dzieci do klinik onkologicznych w innych krajach.

W ten proces bardzo angażuje się St. Jude Children's Research Hospital w Memphis (USA), a szczególnie ich organizacja St. Jude Global, której celem jest pomoc dzieciom na całym świecie chorym m.in. na raka. To oni prowadzili ewakuację onkologicznych dzieci z ogarniętej wojną Syrii. Mają

fundusze i przede wszystkim ugruntowaną współpracę z klinikami i innymi instytucjami na całym świecie. Na potrzeby pomocy dzieciom Ukrainy powołano specjalną instytucję humanitarną pod nazwą SAFER Ukraine.

Ta współpraca pozwala zorganizować transporty zbiorowe z pacjentami i ich bliskimi z Ukrainy. Tylko jak zebrać te wszystkie dzieci? Tutaj nieoceniona okazuje się pomoc Fundacji Tabletocki,

**Niektórzy chcą wracać,
bo usłyszeli, że
w ich regionie jest już
spokojniej. Inna Ambushi
tłumaczy im wtedy,
że cena powrotu może
być bardzo wysoka
dla chorego dziecka.**

k która w Ukrainie na szeroką skalę wspiera małych onkologicznych pacjentów. – Z polskiej strony bardzo zaczęła pomagać pod kątem logistycznym Fundacja Herosi. Niedługo potem włączyło się w pomoc wiele innych fundacji – relacjonuje prof. Wojciech Młynarski z PTOiHD, kierownik Kliniki Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

JEDNOROŻEC

Z początkiem marca (zaledwie kilka dni po wybuchu wojny!) zaczyna już działać ośrodek transferowo-wytnieniowy w Bocheńcu, nazwany oficjalnie Kliniką Jednorożca. To tutaj trafiają ewakuowane z Ukrainy dzieciaki z rodzinami. Tu

jest moment na odpoczynek po długiej i wyczerpującej podróży. Dzieci są badane, otrzymują leki, w razie potrzeby wykonywana jest morfologia. Pracują tu lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni. Polski zespół wspierają medycy z innych krajów. Nie jest to jednak klinika medyczna, zapewnia tylko podstawową opiekę. Na lekarskie dyżury przyjeżdżają onkolodzy dziecięcy z całej Polski i z Europy. Liczba personelu medycznego jest dostosowywana do aktualnych potrzeb, w zależności od tego, jak liczny konwój przyjeżdża. Zadaniem lekarzy jest przygotowanie dzieci do dalszej podróży, czyli tej do docelowej kliniki. Do której? Decyzja zapada podczas codziennych spotkań online, w których uczestniczy cały sztab ludzi – zarówno z Polski, jak i innych krajów zaangażowanych w ten projekt. Udało się nawiązać współpracę z ok. 200 klinikami onkologicznymi w Europie (m.in. w Niemczech, Włoszech, Hiszpanii), Kanadzie i USA, które są gotowe przyjąć dzieci. Każdy z krajów ma wyznaczonego koordynatora, który monitoruje możliwości relokacji pacjentów u siebie.

– Wspólnie analizujemy dokumentację medyczną i na tej podstawie decydujemy, do której kliniki skierować poszczególne dzieci – podsumowuje prof. Młynarski. Historie choroby są tłumaczone od razu po zgłoszeniu dziecka do wyjazdu z Ukrainy. W tłumaczeniach pomagają wolontariusze na całym świecie. Wszystko działa jak w zegarku. Bo czas w leczeniu chorych onkologicznie dzieci jest kluczowy. Choroba rozwija się znacznie szybciej niż u dorosłego. Przerwa w terapii może być brzemenna

w skutkach. Dzieci muszą jak najszybciej znaleźć się w miejscu docelowym leczenia.

Wybór, aby właśnie w Bocheńcu stworzyć główne miejsce przystankowe w czasie długiej i męczącej podróży z Ukrainy, jest nieprzypadkowy. Stąd niedaleko jest do krakowskiego lotniska, skąd mali pacjenci mogą być transportowani do klinik w Europie i Ameryce Północnej. Wsparcie w stworzeniu tego punktu popłynęło od tutejszego samorządu i władz szczebla centralnego. W cały proces ewakuacji angażują się też polskie i ukraińskie władze oraz resorty zdrowia obydwu państw.

Do końca kwietnia udało się pomóc około tysiącu ukraińskich dzieci. Nie wszystkie jadą do Bocheńca. Te w najcięższym stanie muszą trafić bezpośrednio do szpitali. W takich sytuacjach zazwyczaj przyjmowane są do polskich onkologicznych oddziałów dziecięcych, bo dłuższa podróż byłaby dla nich zbyt niebezpieczna.

BYŁE DO GRANICZ

Droga do Jednoróżca jest długa i wyczerpująca. Te dzieci, które jadą ze wschodu Ukrainy, zatrzymują się najpierw we Lwowie, pod opiekę lekarza Romana Kizymy z lwowskiego szpitala dziecięcego. Stamtąd ruszają w drogę do Bocheńca. Po dotarciu do Medyki są transportowane specjalnym pociągiem humanitarnym do Kielc, skąd karetki / busy przewożą je do Jednoróżca. Ewakuacja jest trudna również ze względów emocjonalnych. W końcu chodzi o pacjenta doświadczanego nie tylko przez chorobę, ale i przez wojnę, przy którym najczęściej nie ma ojca. A czasem właśnie ten ojciec jest dla dziecka największą podporą.

Podczas mojej wizyty w Jednoróżcu przebywało kilkanaście rodzin, które przyjechały z okupowanego przez Rosjan Chersonia. Niektóre z nich otrzymały diagnozę „rak” już w czasie toczącej się wojny i nie miały szansy rozpocząć leczenia. Od samego rana trwał triaż, prowadzony przez pracujących tu polskich lekarzy.

Rozmawiam przez moment z Martą Salek, onkologiem z St. Jude Children's Research Hospital w Memphis (USA), szpitala, przy którym powołano organizację St. Jude Global i SAFER Ukraine. Gdy wybuchła wojna, akurat przebywała w Polsce. Odwiedzała

schorowanego dziadka. Naturalnie więc zaangażowała się w pomoc, koordynując logistykę ewakuacji pacjentów z Ukrainy – Będziemy pomagać, dopóki będą w Ukrainie dzieci, które potrzebują naszej pomocy – mówi wzruszona.

PRZEKUĆ LĘK W NADZIEJĘ

Przybywający tutaj mali pacjenci i ich bliscy otrzymują ogrom pozytywnej dawki energii. W Jednoróżcu wsparcie psychiczne płynie m.in. od Inny Ambushi, psycholog z Fundacji Tabletocki, zajmującej się w Ukrainie wsparciem

Ile dzieci w Ukrainie może jeszcze potrzebować pomocy? Brakuje oficjalnych szacunków.

pacjentów onkologicznych i ich bliskich. Jak Inna się tutaj znalazła? Tydzień po wybuchu wojny uciekła z Kijowa do Polski. Teraz pomaga swoim rodakom odnaleźć się w Bocheńcu w nowej rzeczywistości. Pełnej nadziei, ale też strachu, bo dla tych rodzin wszystko jest nowe, nieznane. Inna stara się, by osoby, z którymi rozmawia, nie myślały o problemach, a widziały przede wszystkim jedno: szansę na życie dla swych dzieci. – Trzeba odwrócić ich uwagę od tego, co dzieje się teraz w Ukrainie, od tych wszystkich zmartwień związanych z tym, kogo musieli pozostawić w ogarniętym wojną kraju, i aby skupili się na ratowaniu dziecka. Wiem jednak, że to nie takie proste. Tęsknota za domem, rodziną i strach przed nowym powodują w nich lęk – mówi Inna. Niektórzy chcą wracać, bo usłyszeli, że w ich regionie jest już spokojniej. Inna tłumaczy im wtedy, że cena powrotu może być bardzo wysoka dla chorego dziecka. Po trafi do nich dotrzeć. Przekuwa strach w nadzieję.

W Jednoróżcu spotkałam też Natalię Savvę. To Białorusinka, lekarz onkolog, która przez 10 lat pracowała w Moskwie. Po napaści Rosji na Ukrainę wyemigrowała, bo nie akceptuje tej wojny. Wyjechała najpierw do Kazachstanu, potem do Grecji. W kwietniu przyjechała do Polski i jako wolontariusz St. Jude Global wspiera personel medyczny

w komunikacji z pacjentami. Mówi, że to jej osobista misja humanitarna. Czuje wewnętrzny obowiązek, aby tutaj być.

Małgorzata Dutkiewicz, dyrektorka Fundacji Herosi, która przede wszystkim pod kątem logistycznym wspiera projekt ewakuacji chorych na raka ukraińskich dzieci, podkreśla, że najważniejsze jest zapewnienie bezpieczeństwa. – Nie rozdzielamy rodzin. Nie stawiamy też ograniczeń w zakresie liczby osób towarzyszących pacjentowi. Tutaj często przyjeżdża mama ze wszystkimi swoimi dziećmi, zdarza się, że jest też jakaś kuzynka czy babcia. Zdarzały się grupy 7-osobowe – opowiada Małgorzata Dutkiewicz. Podkreśla też, że każde państwo przyjmujące rodzinę zapewnia nie tylko leczenie dziecka, ale też warunki socjalne dla jego bliskich.

CO BĘDZIE DALEJ?

Ile dzieci w Ukrainie może jeszcze potrzebować pomocy? Brakuje oficjalnych szacunków. – Można próbować odpowiedzieć na to pytanie poprzez porównanie do naszego kraju. W Polsce rocznie diagnozuje się około 1200 dzieci chorujących na raka, Ukraina jest nieco ludniejsza, więc jest też pewnie nieco więcej zachorowań. Do tego należy doliczyć dzieci, które już kontynuują terapię – wylicza prof. Raciborska. Nie wszyscy jednak muszą być leczeni poza Ukrainą. Poza tym część dzieci na pewno zostanie, bo ich rodziny nie chcą wyjeżdżać, np. dlatego, że są bezpośrednio zaangażowane w obronę kraju albo mają schorowanych dziadków, których nie opuszczają. Sytuacje są różne. – Dlatego myślimy o przemodelowaniu naszej pomocy. Do tej pory koncentrowaliśmy się na ewakuacji dzieci z Ukrainy. Teraz widzimy, że w wielu rejonach kraju sytuacja się uspokaja na tyle, że to leczenie będzie wznawiane, ale trzeba wesprzeć naszych wschodnich sąsiadów zapleczem diagnostycznym, bo teraz diagnostyka w kierunku rozpoznania dziecięcych chorób onkologicznych jest utrudniona – mówi prof. Młynarski, podkreślając jednocześnie, że obecnie nie ma szans w Ukrainie na przeszczepienie szpiku czy zastosowanie terapii komórkowych. Ci pacjenci bezwzględnie potrzebują ewakuacji.

Jednoróżec działa i pomaga. Możliwości są jeszcze duże. Nikt nie zostanie bez pomocy. ■



Marta Jakubiak
redaktor naczelna

INTERWENCJE KRYZYSOWE

Jak pomagać pacjentom doświadczającym efektów wojny?

Wojna wywołuje traumę. Podobnie jak przemoc fizyczna, seksualna, wypadek czy powódź. Jest jednak traumą znacznie silniejszą. Jej ofiary to pacjenci szczególnie.

W gabinetach lekarskich coraz częściej pojawiają się ci, którzy uciekli z piekła wojny. – To osoby, które były wystawione na krótko- lub długotrwałe działanie bardzo inwazyjnej sytuacji. Sytuacji zabierającej poczucie bezpieczeństwa i kontroli, ograniczającej dostęp do zasobów, zagrażającej życiu i zdrowiu wielu ludzi – mówi Izabela Barton-Smoczyńska, psychotraumatolog z Poradni Leczenia Traumaty i PTSD w Centrum Terapii Dialog. Jej zdaniem każdy lekarz, którego spotkają na swojej drodze, może im znacznie pomóc w utrzymaniu zdrowia nie tylko fizycznego, lecz również psychicznego.

Nie każdy specjalista ma jednak doświadczenie z zakresu interwencji kryzysowej, dlatego specjaliści Centrum Terapii Dialog stworzyli poradnik dla lekarzy wszystkich specjalizacji „Jak pomagać pacjentom doświadczającym efektów wojny”. Zawiera on profesjonalne odpowiedzi dla lekarzy. – Szansa na to, że wśród uchodźców przybywających z Ukrainy i wymagających podstawowej albo specjalistycznej opieki medycznej znajdują się osoby traumatyzowane, jest bardzo duża – ocenia Izabela Barton Smoczyńska, autorka poradnika.

O ile w przypadku wypadku komunikacyjnego czy powodzi negatywnych konsekwencji dla adaptacji człowieka



Poradnik można pobrać z naszego portalu www.gazetalekarska.pl

(np. ASD czy PTSD) można spodziewać się na poziomie 10-11 proc. grupy osób, o tyle doświadczenia wojny rozlewają się w swoim negatywnym wpływie na procentowo większe grupy – dotyczy to najczęściej 50-60 proc. osób doświadczonych wojną. Objawy traumy są możliwe do zidentyfikowania. – Należy wytłumaczyć pacjentowi, że doświadczane przez niego objawy są naturalną, normalną reakcją na nienormalną sytuację, wskazać mu miejsce, gdzie może uzyskać pomoc i zapewnić go, że ta pomoc – psychologiczna, psychiatryczna, farmakoterapia – jest

skuteczna i w tej sytuacji zasadna – wyjaśnia psychotraumatolog.

Według ICD-11 postawienie rozpoznania zespołu stresu pourazowego (PTSD) jest możliwe w sytuacji powiązania objawów albo z ekspozycją na jednorazowe ekstremalnie groźne lub przerażające wydarzenie, albo serię takich wydarzeń. Kryteria zakładają obecność objawów z trzech głównych kategorii:

- ponowne przeżywanie traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) w teraźniejszości w postaci żywych natrętnych wspomnień, retrospekcji lub koszmarów, z towarzyszącymi im silnymi lub przytłaczającymi emocjami, zwłaszcza strachu lub grozy oraz silnymi odczuciami fizycznymi,
- unikanie myśli i wspomnień o wydarzeniu (wydarzeniach) lub aktywności, sytuacji czy osób o nim (o nich) przypominających,
- uporczywe postrzeganie zwiększonego aktualnego zagrożenia, obserwowane np. w nadmiernej czujności i pobudliwości czy zwiększonej reakcji przestachu na bodźce, takie jak nieoczekiwany hałas.

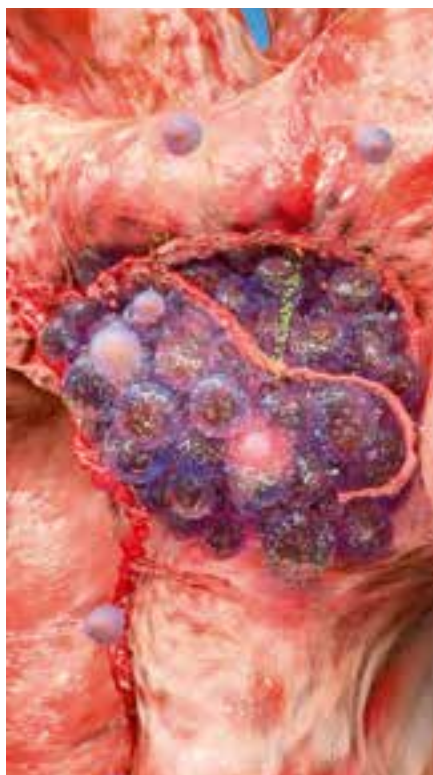
Poradnik „Jak pomagać pacjentom doświadczającym efektów wojny” zamieszczony został w portalu internetowym „Gazety Lekarskiej” do bezpłatnego pobrania dla lekarzy wszystkich specjalności. Jest z nim zintegrowana ulotka (również do pobrania) dla pacjenta znajdującego się w silnym stresie w dwóch wersjach językowych: polskim i ukraińskim. ■

Wiadomo, jak powstaje rak

Największe w historii badanie ujawniło wzorce mutacji, które mogą wskazać przyczyny powstawania raka. Wyniki opublikowano 21 kwietnia w „Science”.

Przesiewając setki milionów mutacji czających się w genomach ponad 12 tys. guzów, naukowcy zidentyfikowali wzorce zmian DNA, które mogą dostarczyć wskazówek o genetycznych i środowiskowych przyczynach raka. To największe badanie tego typu. Dzięki niemu dodano dziesiątki wpisów do rosnącego katalogu „sygnatur mutacyjnych” towarzyszących rakowi. W niektórych przypadkach może to pomóc klinicyście w wyborze metod terapii najlepszych dla poszczególnych chorych.

Nowa praca ujawniła rzadkie wzorce mutacyjne, których nie można było wyselekcjonować z mniejszych zestawów danych. – Kiedy masz taką liczbę całych genomów, masz większą moc i możesz stworzyć pełniejszy zestaw sygnatur mutacyjnych – komentuje Núria López-Bigas, biolog komputerowy zajmujący się nowotworami w Instytucie Badań Biomedycznych w Barcelonie. Pojedyncza komórka nowotworowa może zawierać setki tysięcy mutacji, czasem ponad milion, ale tylko garstka z nich przyczyni się bezpośrednio do rozwoju nowotworu. Przez lata naukowcy przeszukiwali dane genomowe w poszukiwaniu czynników wywołujących raka, mając nadzieję, że dzięki ich identyfikacji będą mogli wskazać nowe terapie.



Podział i wzrost komórek nowotworowych

Niektóre czynniki rakotwórcze tworzą charakterystyczne wzory zmian DNA. Na przykład światło ultrafioletowe może spowodować, że w pewnych miejscach genomu podstawa DNA, nazywana cytozyną, zostanie zastąpiona przez inną, zwaną tyminą. Takie zmiany często

występują w czerniakach. – Te wzorce mutacji można porównać do odcisków stóp na piaszczystej plaży – mówi Sereena Nik-Zainal, biolog obliczeniowy z Uniwersytetu Cambridge w Wielkiej Brytanii i współautorka badania. – Odciski stóp mogą wyglądać losowo, ale tak nie jest. Pojawiają się z bardzo konkretnego powodu – wyjaśnia. Dzięki nim można odróżnić człowieka od zwierzęcia, psa od ptaka, dorosłego od dziecka i to czy szli, czy biegali.

Największe dotychczas ogłoszone badanie sygnatur mutacji zostało opublikowane w 2020 r. i przeanalizowało ok. 5 tys. sekwencji całego genomu z próbek guzów zebranych w ramach międzynarodowych wysiłków. W przywołanym badaniu zespół przeanalizował ponad 12 tys. genomów nowotworowych zebranych przez brytyjską Narodową Służbę Zdrowia w ramach projektu Genomics England 100 000 Genomes Project.

Teraz naukowcy znaleźli prawdopodobnie wszystkie najczęstsze sygnatury mutacyjne, jednak polowanie rzadkości wśród nich, które występują w mniej niż 1 proc. guzów w danym narządzie, będzie prawdopodobnie kontynuowane w miarę rozwoju projektów dotyczących genomów nowotworowych na całym świecie. ■

Źródło: nature.com

Somatyczne zmiany genomowe w pojedynczych neuronach choroby Alzheimera

Podczas normalnego starzenia się mózgu neurony progresywnie gromadzą mutacje somatyczne w tempie podobnym do tych w dzielących się komórkach, co sugeruje, że czynniki genetyczne, ekspozycja środowiskowa lub stany chorobowe mogą wpływać na tę akumulację.

Naukowcy z Boston Children's Hospital, Brigham and Women's Hospital oraz Broad Institute przeanalizowali jednokomórkowe dane sekwencjonowania całego genomu z 319 neuronów z kory przedczołowej i hipokampu osób z chorobą Alzheimera oraz osób z neurotypową kontrolą.

Odkryli, że zmiany somatycznego DNA wzrastają u osób z chorobą Alzheimera, z odrębnymi wzorcami molekularnymi.

– Komórki mają ścieżki naprawcze, które pozwalają cofnąć uszkodzenia DNA, ale nasza praca pokazuje, że w chorobie Alzheimera neurony nie nadążają za naprawą, więc uszkodzenie jest trwałe i kumulatywne – mówi dr n. med. Christopher Walsh, szef działu genetyki i Genomics w Boston Children's Hospital i badacz z Howard Hughes Medical Institutes oraz współstarszy badacz w tym projekcie. – Ta praca zapewnia nowy sposób

myślenia o chorobach neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Alzheimera, sugerując, że upośledzają one zdolność neuronów do wykorzystywania ich genomu – dodaje.

Naukowcy zauważają, że geny ważne dla funkcjonowania mózgu mogą być szczególnie podatne na mutacje. Niezbędne geny wykorzystywane przez mózg wydają się być większe niż przeciętne, stanowiąc większy cel, który jest bardziej podatny na „uderzenie” i zakłócenie. ■

Źródło: gamingdeputy.com

KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE

Tnij i sprawdzaj

Z dr n. hum. Antoniną Doroszewską, kierującą Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, rozmawia Marta Jakubiak.

Jak ocenia pani kompetencje komunikacyjne polskich lekarzy?

Nie chcę nikogo oceniać, ja chcę wiedzieć. Niestety w Polsce brakuje badań, które pozwalałyby opisać kompetencje komunikacyjne personelu medycznego, wskazać mocne strony i braki. Chcemy takie dane zebrać, by podnosić jakość kształcenia, jednak potrzebujemy odpowiedzi od wielu lekarzy. A namówić personel medyczny do udziału w anonimowym badaniu jest niezwykle trudno.

Komunikacja to narzędzie pracy lekarza. To jego zawodowa kompetencja. Lekarz odpowiada za zbudowanie skutecznego komunikatu, który kieruje do pacjenta, tak jak odpowiada za proces leczenia.

A jak jest w innych krajach?

Badania, które przeprowadzono np. w Norwegii, pokazują, że pierwsze samodzielne doświadczenia zawodowe uzmysławiają braki. Mimo bardzo rozwiniętego kształcenia komunikacji i odbycia dużej liczby godzin zajęć na studiach, jak to się dzieje w krajach Europy Zachodniej czy Ameryki Północnej, młodzi lekarze zgłaszają, że umiejętność komunikowania się trzeba doskonalić.

Sama obserwuję podobne reakcje także na naszym rodzimym podwórku. Na przykład studenci szóstego roku deklarują większe obawy, czy będą potrafili efektywnie komunikować się z pacjentem, niż ci na pierwszych latach studiów. Wzrost świadomości kompetencji komunikacyjnych, znaczenia słowa w codziennych rozmowach uzmysławia, jakie mogą być niedoskonałości w jego wykorzystywaniu.

Co to znaczy, że za komunikat odpowiada nadawca?

Komunikacja to narzędzie pracy lekarza. To jego zawodowa kompetencja. Lekarz odpowiada za zbudowanie skutecznego komunikatu, który kieruje do pacjenta, tak jak odpowiada za proces leczenia.

O jakim komunikacie powiemy, że jest zły?

O takim, który został inaczej zrozumiany, niż były intencje mówiącego. Przywołam przykład. Lekarz zaleca pacjentowi przyjmowanie leków codziennie rano. Co to znaczy rano? Dla jednego to będzie szósta rano, bo tak się budzi. Dla innego



dr Antonina Doroszevska: – Komunikat musi być precyzyjny, dostosowany na poziomie odbiorcy, a osoba go formułująca zawsze powinna upewnić się, że został zrozumiany.

trzynasta, bo wstaje później, odsypiając nocną pracę. I ta druga osoba może dojść do wniosku, że nie będzie brała leków, bo przecież rano śpi. Komunikat musi być precyzyjny, dostosowany na poziomie odbiorcy, a osoba go formułująca zawsze powinna upewnić się, że został zrozumiany przez odbiorcę zgodnie z intencją nadawcy.

Nie należy używać specjalistycznego języka medycznego?

Czasem jest to konieczne. Język specjalistyczny powinien być używany w kontaktach z pacjentem, bo jest to chociażby element edukacji, ale należy zawsze wytłumaczyć specjalistyczną terminologię i upewnić się, że to, co powiedzieliśmy, zostało zrozumiane. Nie na zasadzie pytania, czy wszystko pan / pani rozumie, bo większość osób przytaknie, nie chcąc się przyznawać, że czegoś nie wie. Chodzi o to, by upewnić się, że pacjent rozumiał naprawdę.

Jak to zrobić?

Prosząc go na przykład, by powiedział, czym jest dla niego np. dany zabieg, jak w praktyce widzi wdrożenie zaleconej terapii.

Zapisywanie pacjentom zaleceń poprawia skuteczność komunikacji?

Na pewno jest bardzo pomocne i ułatwia pacjentowi przypomnienie sobie, jakie są zalecenia, ale nie zwalnia lekarza z obowiązku opowiedzenia, wyjaśnienia i wytłumaczenia choremu, co będzie się z nim działo. Komunikacja musi być prowadzona dwutorowo.

Od jak dawna lekarze uczą się komunikacji?

To przedmiot obowiązkowy na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym od 2018/2019 r., wcześniej zajęcia te zostały wprowadzone m.in. w Collegium Medicum UJ. W Europie Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych jest on obowiązkowy już od kilku dekad. I zwykle jest to kurs, na który składa się wiele godzin zajęć, rozłożony na kilka lat studiów, realizowany zarówno w ramach odrębnych zajęć z komunikacji, jak i w trakcie zajęć klinicznych oraz w centrach symulacji medycznej.

To nauczanie musi mieć bardzo praktyczny charakter, kształtować umiejętności, ale też pewne postawy i dawać przestrzeń do refleksji i autorefleksji nad swoimi rozmowami z pacjentami, ich bliskimi i współpracownikami. Ponadto musi być osadzone w bardzo konkretnym kontekście zawodowym, szczególnie klinicznym.

Lekarze przyznają, że często brakuje im kompetencji komunikacyjnych, a intuicja bywa dobrym suflerem, ale nie zawsze. Procedury medyczne są dużo bardziej powtarzalne niż relacje z ludźmi.

Innych kompetencji komunikacyjnych będzie potrzebował chirurg ortopeda, a innych chirurg transplantolog?

Zdecydowanie tak, chociaż obaj muszą mieć te podstawowe. Istnieje bowiem uniwersalny katalog kompetencji komunikacyjnych. Podczas specjalizacji każdy zdobywa dodatkowo kompetencje szczegółowe. Dla jednych lekarzy chlebem powszednim będzie pozyskiwanie świadomej zgody, dla innych np. komunikowanie ryzyka czy motywowanie pacjenta.

A co z tymi, którzy komunikacji nie uczyli się na studiach? Od czego zależy poziom kompetencji komunikacyjnych danego człowieka?

Zależy od bardzo wielu czynników. Zarówno od predyspozycji osobowościowych, nawyków, które nabywamy m.in. podczas rozmów w domu rodzinnym, ale też, co warto podkreślić, to są umiejętności, których można się nauczyć. Jeśli ktoś nie miał na studiach takiego przedmiotu, mógł uczyć się od mistrzów. Kiedyś taka relacja była dość powszechna, obecnie jesteśmy świadkami masowego kształcenia studentów, więc o nią trudniej. Wzorce mają kluczowe znaczenie.

Badania pokazują, że pacjenci bardzo często nie są zadowoleni z komunikacji z lekarzami. Z kolei sami lekarze przyznają, że często brakuje im kompetencji komunikacyjnych, a intuicja bywa dobrym suflerem, ale nie zawsze. Procedury medyczne są dużo bardziej powtarzalne niż relacje z ludźmi.



Badanie Studium Komunikacji Medycznej WUM

„Postrzeganie kompetencji komunikacyjnych przez absolwentów uczelni medycznych”

Wspólnie z przedstawicielami innych uczelni, zaangażowanymi w nauczanie komunikacji, badacze z WUM prowadzą badanie, które ma pokazać, na ile studia medyczne przygotowują do skutecznej komunikacji. Ankieta jest anonimowa, a jej wypełnienie zajmie kilka minut. ■

Z jakimi problemami najczęściej trzeba się mierzyć?

Ludzie chętniej mówią, niż chcą się porozumieć. Mają większą potrzebę powiedzenia czegoś niż słuchania. Tak nie może być w przypadku komunikowania się lekarza z pacjentem, bo bardzo często od skuteczności w komunikowaniu się zależy osiągnięcie celów medycznych. Lekarz musi wysłuchać, by móc postawić diagnozę, sformułować zalecenia i dopiero potem przekazać te informacje w sposób zrozumiały dla chorego. Bez skutecznego porozumienia się z drugim człowiekiem trudno mu pomóc.

W których obszarach studenci mają najsłabsze kompetencje komunikacyjne?

Na studia przychodzą ludzie z bardzo różnym doświadczeniem rozmów z bliskimi, wychowywani w rodzinach, w których relacje mają zróżnicowany charakter. Komunikacja, którą obserwujemy w rodzinach, jest bardzo różna. Wzorce są różne, więc ich skuteczność w budowaniu relacji też bywa różna. Na początku uczą się wszystkiego, pamiętajmy, że każdy ma inne wzorce, a kompetencje komunikacyjne to warsztat pracy, który wymaga kształcenia i doskonalenia. W trakcie zajęć studenci najczęściej odkrywają, że największy problem stanowi umiejętność radzenia sobie z emocjami pacjentów: z agresją, pretensjami, ale też w sytuacji, kiedy konieczne jest przekazanie informacji niepomyślnych. Sami deklarują, że najmniej radzą sobie w tych obszarach. Potwierdzają to wyniki badań dotyczących samooceny umiejętności komunikacyjnych studentów. Przeceniają z kolei swoje umiejętności, jeśli chodzi o przekazywanie informacji albo motywowanie pacjentów. To wydaje się dość proste, ale wcale takie nie jest.

Dlaczego?

Nie wystarczy mówić tym samym językiem. Niezwykle ważna jest forma i stosowanie metod usprawniających komunikację, które warto stosować nawet w tak wydawać by się mogło prostych sytuacjach, jak przekazywanie informacji.

Jakie to metody?

Na przykład zasada „tnij i sprawdzaj”.

Na czym polega ta zasada?

Jeśli masz do przekazania więcej informacji, podziel je na mniejsze części i sprawdzaj w przypadku każdej z nich, czy wszystko zostało prawidłowo zrozumiane, np. kiedy chcemy przekazać pacjentowi informacje o farmakoterapii i diecie, warto sformułować komunikat mniej więcej tak: „W pierwszej kolejności chciałabym powiedzieć o lekach, a później o tym, jak leczenie można wspomóc dietą. Jeśli nie wszystko będzie zrozumiałe, proszę przerywać i pytać”. To nadanie komunikatowi struktury.

„Proszę powiedzieć, jak w praktyce branie leków będzie wyglądało, jak będzie je pani przyjmowała” – to z kolei pozwoli sprawdzić, czy pacjentka wszystko zrozumiała i czy ma pomysł, jak zalecenia wprowadzić w życie. Nie warto pytać: „Czy wszystko jasne?”, bo większość osób odpowie, że wszystko jasne, ale pewności nie będzie. Po zakończeniu jednego bloku, przechodzi się do kolejnego.

„Warto, żeby spożywała pani więcej produktów, które zawierają dużo żelaza, takie jak brokuły, szpinak, wątróbka, wołowina, fasola, soja. Lubi pani te produkty?” – takie pytanie warto zadać w bloku dotyczącym diety. „Lubię brokuły, soczewicę, ale szpinaku nie cierpię” – gdy padnie taka odpowiedź, otwiera się pole do rozpoczęcia dialogu i praktycznego uzgodnienia, jak pacjentka będzie stosować zalecaną terapię. Można wtedy dostosować ją do prawdopodobieństwa wcielenia jej w życie. Taka komunikacja wydaje się banalna, ale jest niezwykle ważna i nie jest ani oczywista, ani stosowana. Coś można zrobić, ale też można coś zrobić dobrze.



Jaki jest cel obecnie realizowanego badania „Postrzeganie kompetencji komunikacyjnych przez absolwentów uczelni medycznych”?

Chcemy sprawdzić, w jakim stopniu absolwenci uczelni medycznych czują się przygotowani do komunikowania się w pracy, a które sytuacje zawodowe wciąż są dużym wyzwaniem. Chcemy udoskonalać programy nauczania i kształcenia przeddyplomowego. Wyniki mogą okazać się ogromnie ważne także dla procesu doskonalenia zawodowego lekarzy. Nie ma w Polsce badań, które sprawdzałyby kompetencje komunikacyjne lekarzy. Bazujemy na wynikach ze świata. Polski system ochrony zdrowia jest jednak nieco inny, wywodzi się z odmiennego kręgu kulturowego, dlatego tak ważne jest, byśmy mieli badania dotyczące polskich lekarzy. ■

Lekarz z Empatii: znamy laureatów

29 marca ogłoszono laureatów 1. edycji plebiscytu na mistrzów komunikacji z pacjentami. Kapituła uhonorowała tytułem „Lekarza z Empatii” 56 lekarek i lekarzy z całej Polski.

W gronie laureatów znalazło się 29 kobiet i 27 mężczyzn. Wśród nich najliczniejszą grupę stanowią ginekologowie i położnicy (22 osoby), onkolodzy (15 osób) oraz specjaliści chorób

wewnętrznych, w tym w diabetologii (9 osób). Ponad połowa laureatów (31) pracuje w Warszawie. Najkrótszy staż osoby wyróżnionej tym laurem to 4 lata, najdłuższy – 39 lat.

Do udziału w plebiscycie zostało zgłoszonych 326 lekarzy. Ci, którzy zdobyli 44 punkty i więcej, a także wyrazili zgodę na uczestnictwo w plebiscycie, otrzymali status nominowanego. W II etapie oceniani byli przez kapitułę plebiscytu, w skład

której weszli przedstawiciele 23 czołowych organizacji pacjenckich oraz przedstawiciele mediów. Kapituła wyłoniła laureatów podczas otwartej dyskusji i jawnego głosowania, nadając im tytuł „Lekarza z Empatii”.

Pełna lista laureatów, a także towarzyszący plebiscytowi raport specjalny (przeprowadzony na wybranych losowo 300 opiniach o lekarzach zamieszczonych w internecie) można znaleźć na stronie internetowej www.lekarzzempatii.pl. ■

DOSKONALENIE ZAWODOWE

Cierpi ciało, umysł i relacje

Szacuje się, że około 1,5 mln Polaków cierpi na depresję, a w związku z pandemią SARS-CoV-2 ta liczba znacznie może wzrosnąć. To choroba, która może dotknąć każdego, a Światowa Organizacja Zdrowia ostrzega, że za kilka lat będzie najczęściej występującą na świecie.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Zdaniem ekspertów zajmujących się depresją rozpoznawanie i leczenie tej choroby to nie tylko rola psychiatrów i psychoterapeutów, ale też lekarzy innych specjalności, głównie pracujących w ramach POZ, ale również lekarzy dentyków, którzy dla pacjentów zgłaszających się do gabinetu stomatologicznego są lekarzami pierwszego kontaktu. Szczególnie obecnie, kiedy COVID-19 manifestuje się wieloma powikłaniami natury psychicznej u osób, które przebyły zakażenie, ten punkt widzenia poszerza możliwość ich wczesnego rozpoznawania, leczenia i rehabilitowania.

PANDEMIA POGŁĘBIŁA PROBLEM

Depresja atakuje niepostrzeżenie, wywołuje obojętność, utratę zainteresowania codziennymi sprawami, smutek, czarnowidztwo, zaburza odczuwanie radości, pogorsza koncentrację, ale daje też objawy fizyczne, takie jak zaburzenia snu, utratę apetytu, ciągłe zmęczenie, dolegliwości bólowe ze strony narządu ruchu. Zatem w depresji cierpi ciało i umysł. Z raportu Human Power, opublikowanego w lutym 2022 r. wynika, że 80 proc. badanych po roku trwania pandemii nadal doświadczało ataków paniki, 7 na 10 ankietowanych odczuwało nasilony stres w porównaniu do sytuacji sprzed pandemii, a 40 proc. przyznawało, że czuje się psychicznie gorzej niż na początku pandemii i z tego powodu

sięga po używki, np. alkohol (przyznało się do tego 70 proc. ankietowanych). Blisko połowa respondentów (46,39 proc.) zaobserwowała, że trudno im zapanować nad emocjami, agresją, a połowa z nich ma problemy ze snem.

Z nowych danych opracowanych przez NFZ wynika, że około 42 proc. Polaków zauważyło u siebie pogorszenie kondycji psychicznej w związku z pandemią, ale nie kojarzyli tego z depresją, nie szukali więc pomocy u lekarzy. Tymczasem depresja może wystąpić nie tylko po przebyciu COVID-19, to także pokłosie lockdownów, przebywania na kwarantannach i konieczności uczenia się oraz świadczenia pracy zdalnie oraz lęku przed zakażeniem, a obecnie stresu wywołanego wydarzeniami wojennymi w Ukrainie.

ROZPOZNAĆ PROBLEM

Rzecz w tym, by jak najszybciej rozpoznać problem i wdrożyć leczenie. Obecnie chorobę częściej diagnozuje się u osób w wieku 20-40 lat, a więc aktywnych zawodowo, i seniorów. I to na nich w kontekście powikłań pandemii należy zwracać szczególną uwagę. Umiejętność diagnozowania zaburzeń potraumatycznych związanych ze społecznym wpływem pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne w populacji dzieci i młodzieży, osób aktywnych zawodowo i w wieku podeszłym jest więc nie do przecenienia.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL organizuje szkolenie dla lekarzy i lekarzy dentyków dotyczące

zdrowia psychicznego w konfrontacji z COVID-19. Udział w nim zadeklarowało do II połowy kwietnia ponad 100 osób (zapisy trwają). Prowadzącym będzie prof. Janusz Heitzman z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Celem tego szkolenia jest nabycie umiejętności przez lekarzy i lekarzy dentyków identyfikowania zaburzeń psychicznych ujawniających się w następstwie przebycia infekcji wirusem SARS-CoV-2 oraz możliwości wdrożenia skutecznej terapii i rehabilitacji odpowiedniej dla wieku i stopnia zaawansowania depresji. Omawiane zagadnienia dotyczą neuropsychiatrycznych konsekwencji zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i możliwości terapeutycznych, zaburzeń psychicznych jako efektu stresu pandemicznego w grupie dzieci i młodzieży oraz w wieku podeszłym, a także wpływu pandemii COVID-19 na relacje zawodowe, tryb życia i kondycję psychiczną społeczeństwa.

Depresja wpływa nie tylko na obniżenie nastroju, powoduje utratę zainteresowań, anhedonię, czyli niezdolność do odczuwania przyjemności z aktywności, które ją wcześniej sprawiały, ale obniża poczucie własnej wartości, wywołuje nieadekwatne do sytuacji poczucie winy, myśli samobójcze, jednym słowem rzuca na relacje w rodzinie, środowisku, miejscu pracy. Rozpad tych relacji trudno później odbudować, dla chorego to niepowetowana strata. Wczesna diagnoza i podjęcie terapii może temu zapobiec. ■



TORUŃ STOLICĄ MEDYCyny RODZINNEJ

W dniach 2-5 czerwca br. w Toruniu odbędzie się Jubileuszowy 20. Kongres Medycyny Rodzinnej „ZDROWIE, PACJENT, RODZINA”. To największa tegoroczna konferencja naukowa dla lekarzy rodzinnych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Organizatorem wydarzenia jest Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. „Gazeta Lekarska” jest patronem medialnym kongresu.

W programie zaplanowano 13 sesji wykładowych oraz 10 sesji warsztatowych. Dodatkowo lekarze praktycy będą mogli zaprezentować wyniki swoich badań podczas sesji naukowych. Kongres jest dobrą okazją spotkań z lekarzami, liderami lokalnych środowisk lekarskich, decydentami i nauczycielami medycyny rodzinnej oraz osobami stanowiącymi ważne źródło rekomendacji dla całego środowiska. Aktualny program wydarzenia oraz szczegóły dotyczące uczestnictwa znajdują się na stronie internetowej kongresu rodzinni.edu.pl ■

LECZENIE DEPRESJI

Najważniejsze jest wsparcie

Z prof. Januszem Heitzmanem z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, dyrektorem tej placówki w latach 2016-2020, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jaki jest stan wiedzy lekarzy na temat depresji?

Od kilkunastu lat depresja stała się problemem zdrowotnym dostrzeganym przez lekarzy różnych specjalności. Ta coraz bardziej dokuczliwa choroba w znacznym stopniu i w sposób bezpośredni wpływa na rzeczywistość stwierdzonego stopień niepełnosprawności, ale też komplikuje leczenie innych chorób, czyniąc je nieskutecznym czy niepełnym. Depresja dotyka na świecie blisko 350 mln ludzi, w Polsce ok. 1,5 mln, o czym wiadomo na podstawie analizy realizowanych recept na leki przeciwdepresyjne.

Leczeniem depresji zajmują się już nie tylko psychiatrzy, bo jest ich za mało. Umiejętność rozpoznawania objawów tej choroby, wdrożenia lub kontynuacji jej skutecznego leczenia farmakologicznego stała się więc domeną lekarzy POZ, ale też kardiologów, diabetologów, ginekologów, endokrynologów, neurologów, onkologów czy dermatologów. Wiemy już, że nieleczona depresja u pacjentów ze zdiagnozowaną ostrą chorobą wieńcową w sposób istotny może zwiększać śmiertelność. Skutecznej interwencji wymagają też zaburzenia depresyjne związane ze stresem w grupach osób w wieku podeszłym czy wśród dzieci i młodzieży. Często objawy depresji są maskowane przez dolegliwości somatyczne czy bólowe. Nabycie przez lekarzy różnych specjalności umiejętności zdiagnozowania depresji pozwala uniknąć leczenia nieistniejącej choroby, którą jest maska depresji, i skraca czas do podjęcia właściwego leczenia. W tej chorobie ważne jest zarówno umiejętne oddziaływanie psychologiczne, nawet to przystawowe wsparcie, jak i farmakoterapia, ale stosowana w sposób nieprzypadkowy, celowany, ze świadomością zarówno objawów niepożądanych, jak i interakcji leków przeciwdepresyjnych z innymi medykamentami. W tym zakresie także konieczna jest szeroko zakrojona edukacja lekarzy.

Depresja ma różne oblicza, jakie?

Mówiąc, że ktoś ma depresję, nie zawsze mamy na myśli poważną chorobę psychiczną z realnym zagrożeniem życia w postaci samobójstwa. Zazwyczaj myślimy o obniżeniu nastroju o charakterze krótkotrwałego smutku czy trwającego dłużej przygnębienia, które wywołują czynniki sytuacyjne, z którymi można sobie samodzielnie poradzić. Depresja traktowana jako poważne zaburzenie nastroju trwa długo, a nieleczona nawet latami z krótkimi okresami poprawy nastroju, upośledza zdolność do efektywnego i satysfakcjonującego

życia w rodzinie, pracy czy nauki. I ten stan wymaga bezwzględnego leczenia.

Które z czynników ryzyka sprzyjających zachorowaniu stanowią największe zagrożenie?

Podstawowym zagrożeniem jest samotność i brak wsparcia, czyli brak drugiego człowieka, który może obiektywnie ocenić stan psychiczny chorego i zainicjować podjęcie terapii, nawet przy oporze osoby cierpiącej. Inne czynniki ryzyka to zaburzenia snu, przewlekłe dolegliwości bólowe, przewlekłe, często niewyjaśnione choroby somatyczne oraz nagromadzenie stresorów psychospołecznych.

W jakim stopniu COVID-19 przyczynił się do wzrostu zachorowań na depresję?

Powoli zaczynamy zapominać o pandemii. Liczba zachorowań spada, a przebieg choroby jest łagodniejszy. Jednak skutki bezpośredniej konfrontacji z COVID-19, jak i społeczne konsekwencje następstw życia w całkowicie zmienionym świecie, pozostały. U ozdrowieńców występują objawy niestabilności nastroju, przygnębienie włącznie z myślami samobójczymi, stałe uczucie zmęczenia, zaburzenia snu, poczucie spadku intelektualnej wydolności. Konsekwencje pandemicznej izolacji, poczucie winy z powodu śmierci najbliższych są źródłem nawracających stanów obniżonego nastroju. Badania prowadzone przez wiele niezależnych światowych ośrodków mówią o 20-30 proc. wzroście zaburzeń lękowo-depresyjnych. To odpowiada z podobnym wzrostem spożycia leków przeciwdepresyjnych, przeciwłękowych i nasennych.

Kiedy lekarz POZ lub innej specjalności może leczyć depresję, a kiedy powinien pacjenta skierować do psychiatry?

Podstawowa zasada w depresji to rozpoczęcie leczenia jak najwcześniej. Jednak kiedy pacjent ma myśli samobójcze i przychodzi do lekarza POZ po nieprzynoszącym poprawy trwającym ponad 6 tygodni stosowaniu leków przeciwdepresyjnych, kiedy nie ma wsparcia ze strony innych i jest osobą samotną, nie należy rozpoczynać na nowo leczenia, zmieniać leków i udzielać mu mało skutecznych rad. W takim przypadku skierowanie do psychiatry jest konieczne. Pocieszanie osoby z depresją i myślami samobójczymi, jeśli jest prowadzone przez lekarza bez przygotowania psychoterapeutycznego i oferującego kolejną receptę, może mieć tragiczne konsekwencje. ■

W PIGUŁCE

Kiedy koniec pandemii?



W kwietniu potwierdzono ok. 40 mln nowych zakażeń wirusem SARS-CoV-2 na całym świecie, czyli o ok. 1/5 mniej niż w marcu. O ile na początku kwietnia dziennie notowano jeszcze nawet ponad 1,4 mln zakażeń, to pod koniec miesiąca liczba ta spadła poniżej 400 tys. Zmniejszyła się też liczba przypadków aktywnych.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, od początku wybuchu pandemii do 26 kwietnia 2022 r. potwierdzono w sumie ponad 510 mln zakażeń SARS-CoV-2 (z czego ok. 40 mln to przypadki aktywne) i 6,25 mln zgonów z powodu COVID-19.

Regionem świata, który obecnie najsilniej doświadcza SARS-CoV-2, jest Azja, choć trzeba przyznać, że jest tam spokojniej niż jeszcze miesiąc temu. W Europie aktywność koronawirusa jest

niewielka (nie wszędzie, problem z zakażeniami mają np. Finlandia i Niemcy), podobnie jest w krajach Ameryki Północnej i Ameryki Południowej.

Liderem pod względem liczby potwierdzonych przypadków zakażeń SARS-CoV-2 od początku wybuchu pandemii pozostaje USA (ponad 82 mln). Na drugim miejscu są Indie (43 mln), a na trzecim – Brazylia (ok. 30,3 mln). Kolejne kraje z największą liczbą potwierdzonych przypadków zakażeń od początku kryzysu wywołanego wirusem SARS-CoV-2 to: Francja (28,3 mln), Niemcy (24,2 mln), Wielka Brytania (21,9 mln) i Rosja (18,1 mln). Według oficjalnych statystyk, z powodu COVID-19 najwięcej osób zmarło dotychczas w USA (ok. 1 mln), Brazylii (660 tys.), Indiach (522 tys.). W Polsce do 22 kwietnia br. potwierdzono ok. 6 mln zakażeń koronawirusem, a prawie 116 tys. osób zmarło z powodu COVID-19.

Rządy wielu krajów łagodzą restrykcje związane z przeciwdziałaniem rozprzestrzeniania się koronawirusa, a nawet całkowicie się z nich wycofują. Ekspertki podkreślają jednak, że epidemia COVID-19 się jeszcze nie skończyła. Problemem jest kwestia okresu odporności poszczepiennej/po przechorowaniu COVID-19, która z czasem spada. Stąd obawy, że wirus może znowu dać bardziej o sobie znać za jakiś czas, szczególnie jeśli pojawi się jego agresywna mutacja. Innym problemem jest monitorowanie rzeczywistej skali rozprzestrzeniania się koronawirusa. WHO od początku pandemii podkreśla, że tylko testowanie na dużą skalę w kierunku wyrzycenia nowych zakażeń pozwala efektywnie kontrolować SARS-CoV-2. Niestety, wiele państw odchodzi od tej polityki. ■

Źródło: WWW.WORLDOMETERS.INFO, NATURE

Sytuacja ukraińskiej ochrony zdrowia

Od początku rosyjskiej agresji na Ukrainę do 20 kwietnia potwierdzono już ponad 160 ataków związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia zaatakowanego kraju, w których zginęły 73 osoby, a 54 zostały ranne – informuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Kolejne akty przemocy są obecnie weryfikowane. WHO alarmuje także,

że dostęp do opieki zdrowotnej stanowi wyzwanie w wielu częściach Ukrainy. Problemem jest przede wszystkim ograniczony dostęp do leków lub jego kompletny brak i zakłócenia w pracy placówek medycznych. Ponad 1,4 mln ludzi żyjących na wschodzie Ukrainy ma problem z dostępem do bieżącej wody. To, jak i przebywanie w zatłoczonych

schronach, powoduje wzrost ryzyka wystąpienia wybuchu epidemii chorób zakaźnych.

Światowe Stowarzyszenie Lekarskie WMA po raz kolejny stanowczo potępiło rosyjską inwazję na Ukrainę i wezwało do zakończenia działań wojennych. WMA wyraziło głębokie oburzenie bombardowaniem przez armię rosyjską ukraińskich cywilów i szpitali, w tym oddziałów położniczych, co narusza neutralność obszaru związanego z ochroną zdrowia w strefach konfliktu. ■

Źródło: WHO

Myśli samobójcze wśród amerykańskich lekarzy

Jeden na 10 lekarzy praktykujących w USA przyznaje, że miał myśli samobójcze – wynika z najnowszego sondażu Medscape, opublikowanego w marcu. Problem w największym stopniu dotyczy patologów, chirurgów ogólnych i onkologów, a w najmniejszym – m.in. ortopedów, reumatologów czy dermatologów. O swoim problemie lekarze najczęściej rozmawiają z przyjacielem, terapeutą lub rodziną, część osób nie zwierza się jednak nikomu.

W badaniu udział wzięło ok. 13 tys. lekarzy reprezentujących w sumie 29 specjalizacji medycznych. 1 proc. ankietowanych odpowiedziało, że dokonało próby targnięcia się na własne życie.

W poprzedniej edycji badania aż 22 proc. respondentów stwierdziło, że myślało o popełnieniu samobójstwa, a jeszcze wcześniejszej – 14 proc. ■

Źródło: MEDSCAPE

REKLAMA

Czary-mary i pospolite ruszenie



Stawomir Badurek

diabetolog,
publicysta medyczny

Stłucz termometr, a nie będziesz miał gorączki – głosi znane powiedzenie. W przypadku walki z pandemią COVID-19 nasz rząd poszedł jeszcze dalej. Po prostu zabrał termometr, uniemożliwiając od 1 kwietnia wykonanie bezpłatnych testów na obecność koronawirusa w laboratoriach, aptekach i mobilnych punktach wymazowych.

Zbiegło się to w czasie z oficjalnym zniesieniem obustrzeń – w tym noszenia maseczek (z wyjątkiem placówek leczniczych), izolacji i kwarantanny domowej oraz rezygnacją z obowiązkowego testowania przed przyjęciem do szpitala i wyjazdem do sanatorium.

Wszystko to zabrzmiało niczym radosne hulaj dusza, piekła nie ma! Kolejne, tym razem najgłośniejsze obwieszczenie przez rząd zwycięstwa w walce z koronawirusem zbiegło się w czasie z rekordową liczbą zakażeń za naszą zachodnią granicą oraz liczoną w milionach osób falą wojennych uchodźców z Ukrainy – przeważnie niezaszczepionych, ale też wycieńczonych, zestresowanych i w wielu przypadkach z poważnymi obciążeniami chorobowymi. Trudno tu dopatrywać się roztropności, widać za to wyraźnie przełożenie przez rządzących wajchy i zakomunikowanie medycznemu światu: „teraz to już nie nasza sprawa, radźcie sobie sami”.

Jakkolwiek zgadzam się ze stwierdzeniem, że COVID-19 powinien być traktowany „jak każda choroba zakaźna”, to dla mnie jako klinicysty ma ono duży ciężar gatunkowy. Co oczywiste, pacjenta z chorobą zakaźną trzeba izolować. W przypadku COVID-19, czyli bardzo łatwo rozprzestrzeniającej się drogą kropelkową choroby, izolacja musi spełniać określone warunki, dotyczące miejsca pobytu chorego i środków ochrony. Większość szpitalnych oddziałów (w tym SOR-ów i izb przyjęć) nie jest w stanie spełnić związanych z tym wymogów. Stąd prosta droga do rozprzestrzeniania się infekcji oraz uzasadnionych roszczeń. Konieczność izolacji chorych, czyli np. zamiana kilkusobowej sali w separatkę, to także zmniejszenie liczby dostępnych łóżek. I jak tu zredukować narosły przez dwa lata pandemii dług zdrowotny? Czy tam „na górze” ktoś o tym pomyślał? Czy, ogłaszając triumf nad koronawirusem i wyrzucając do kosza restrykcje, pomyślał ktoś, jaki to będzie miało wpływ na akcję szczepień?

Prawdą jest, że szczepionki nie okazały się tak skuteczne jak zapowiadano, ale też nie ma wątpliwości, że dzięki nim można było zmniejszyć śmiertelność. Bardzo dobrze było to widać podczas jesienno-zimowej fali zachorowań: podczas gdy w masowo wyszczepionych społeczeństwach Zachodu umierało niewielu chorych, Polska biła rekordy zgonów. Na szczęście obecnie zgonów jest znacznie mniej, w czym najpewniej zasługa nabytej naturalnie odporności populacyjnej. Nie wiemy jednak, jak długo ta ochrona się utrzyma i czy mutujący wirus jej nie przełamie.

Pospieszne i niespodziewane zamieszenie związanych z pandemią problemów pod dywan ma w mojej ocenie związek z masowym napływem uchodźców z Ukrainy. Z jakichś względów, jeszcze przed oficjalnym uchyleniem covidowych przepisów w Polsce, postanowiono nie zmuszać uciekających przed wojną do zakładania maseczek po przekroczeniu granicy, odpuszczono ich testowanie i zachęcanie do szczepień. Nie doszukuję się tu specyficznie pojmowanego humanitaryzmu. Raczej uznano z góry, że pilnowanie przestrzegania obostrzeń i egzekwowanie niestosowania się do zaleceń przekracza możliwości organizacyjne państwa. Łatwo wysłać pociąg po rannych do Ukrainy i obwieścić, że w polskich szpitalach czeka na nich ileś tysięcy miejsc. O wiele trudniej zorganizować pracę u podstaw z udziałem współpracujących w skoordynowany sposób tysięcy „mrówek” z różnych służb i zawodów. Pospolite ruszenie, wystarczające, by uchodźców napoić, nakarmić, otworzyć drzwi domów i udzielić tysięcy porad przez wolontariuszy lekarzy, to w tym wypadku zdecydowanie za mało. A koronawirusowe problemy to tylko wierzchołek góry lodowej. Prawdziwe wyzwania to diagnostyka i leczenie chorób przewlekłych i zakażeń wśród uchodźców, z gruźlicą lekooporną na czele, przeprowadzenie bilansu zdrowia ukraińskich dzieci i skuteczne objęcie ich obowiązkowymi szczepieniami. Last but not least: trzeba na to wszystko skądś wziąć pieniądze. ■

Partia PESEL



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Wypatrywane od dekady odmłodzenie izb lekarskich wchodzi w fazę realizacji. Połowa delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy jedzie do Warszawy po raz pierwszy lub po kilkuletniej przerwie. Średnia wieku majowego zgromadzenia uległa wyraźnemu obniżeniu.

Szekspirowski Król Lear oddaje władzę córkom za lenno wyznanej publicznie miłości. Nie zna swoich dzieci, dlatego odrzuca milczącą Kordelię. Chce dożywotniego hołdu, pełnej sakwy, swobody i wpływów politycznych, bez ponoszenia dotychczasowej odpowiedzialności.

W teatralnych dywagacjach przedstawiam Leara jako typowego satrapę. Denerwuje mnie fakt, że nie nadąża za zmianami. Nie rozumie współczesnego świata. Zamyka się w bańce własnej chwały i przeszłości. Nie słucha! Jest kombatantem historii odległych, ale przecież nie mitycznych. Stawia się na piedestale samozwańczego autorytetu, choć powinien położyć się do szpitalnego łóżka. Zapomina, jak sam był Gonerylą i Reganą.

Tymczasem Leara goni młodość. Facebook czy Instagram zamknęły drzwi przed wykluczonymi cyfrowo. Rozmowa nie klei się z postami. Spojrzenie w oczy wypiera wszechobecne patrzenie w ekran. Grę zastępuje obserwacja gry i umiejętne przechylenie szali zwycięstwa za pomocą palców uniesionych w górę. Córki i synowie nie liczą się z pretensjami rodziców. Jeszcze nie wiedzą, jak mało mają czasu do siwych skroni, ale już czują nieodparty zew kliknięcia przeciw starej gwardii.

W mitologii i przekazach biblijnych strach przed synem czy po prostu dzieckiem, które odbierze tron, prowadzi do wielu nieszczęść. Ale czy współczesne rzezie niewiniątek są mniej bolesne od tych malowanych na sztychach dawnych mistrzów? Poniżanie podwładnych, wywyższanie się przełożonych i nieustanny wir kampanii politycznej małpowanej z telewizora, zamyka w sondażowych słupkach segregacji i populistycznych hasłach. Wzajemna krytyka jest łatwa i spektakularna. A przecież młodość jest absolutnie fascynująca. A przecież dojrzałość jest bezapelacyjnie

konieczna, by modernizacja mogła być długofalowa, a wartości ponadczasowe. Relacja mistrz-uczeń nie może być frazesem epoki.

Przekazywanie pałeczki w sztafecie pokoleń to dyscyplina nadzwyczajnie trudna. Wymaga współpracy zawodników, od najstarszego do najmłodszego, których celem jest zespołowe zwycięstwo. Psychika sportowców walczy z czarnym snem upadającej pałki, kontuzji i niedostosowania

Wzajemna krytyka jest łatwa i spektakularna.

wania do tempa przeciwników. Sztafeta zasadniczo w tym wypadku różni się od pracy na rzecz lidera w kolarskim wyścigu. W szosówce król jest jeden, a żołnierze pozostają na łasce, aż do następnego lotnego etapu.

Przez wiele lat słyszałem, jak bardzo potrzebujemy w samorządzie świeżej krwi. Często przywoływałem wówczas tekst Witolda Gombrowicza o niezdrowym śnie, przenoszącym w krainę młodości, „gdzie wszystko krępuje, paczy i dusi”. Przewrotność tych słów jest wciąż aktualna: „Młode, a przeto zbyt stare już dla nas, przebrzmiałe i anachroniczne, i żadna męka nie dorówna męce takiego snu, takiej krainy. Nie może być nic strasniejszego niż wracać do spraw, z których się wyrosło, do tych dawnych, młodzińskich, niedojrzałych, od dawna zepchniętych w kąt i załatwionych...”.

Co zatem czeka lekarski zlot? Ewolucyjna sielanka, w której córki wspólnie z Learem dbają o niezałatwione sprawy? A może literatura fantazy – mitologia współczesności – karmiąca się krwią? Dyskryminacja ze względu na wiek czy solidność pracy, niezależna od daty urodzenia? ■

Czy wybrańcy Melpomeny umierają młodo? (CZ. I)

Śmierć jest naturalnym etapem życia. Umierasz nie dlatego, że chorujesz, ale dlatego, że żyjesz. Jednak w świadomości społecznej funkcjonuje pogląd, że „wybrańcy muz umierają młodo”. Być może brało się to przekonanie stąd, że przez wiele stuleci gruźlica zbierała żniwo wśród młodych ludzi.

Anna Gryczka-Dziadecka okulista, członek Krakowskiego Stowarzyszenia Miłośników Opery „Aria”

Choroba ta znana jest ludzkości od zarania dziejów. Zapadalność na nią jest osobniczo zmienna, jednak zależy w dużym stopniu od warunków życia, indywidualnej odporności i zjadliwości wywołującego ją prątka gruźlicy. Stosunkowo często atakuje młodych, wrażliwych osobników – a tacy właśnie są artyści.

Giovanni Battista Pergolesi (1710-1736) zmarł w 26. roku życia na gruźlicę. Znały jest przede wszystkim ze skeczu muzycznego (komiczne intermezzo) „La serva padrona” oraz naj słynniejszego ze swych dzieł – „Stabat Mater”. Z kolei największy kompozytor angielski, Henry Purcell (1659-1695), zasłynął jako twórca arcydzieł instrumentalnych („Te Deum”, „Jubilate”, „Hail! Bright Cecilia”, „The Tempest”). Napisał tylko jedną operę („Dydona i Eneasz”) oraz kilka tzw. pół-oper. W wieku 36 lat zmarł z powodu gruźlicy.

Nawet w początkach XIX w. choroba ta nadal zbierała żniwo. Karol Maria von Weber (1786-1826) umiera na „galopujące suchoty”, gdy ma 39 lat. Mimo postępującej choroby, wbrew zaleceniom lekarzy, zdecydował się na kontrakt w Londynie. Tamtejsza aura niekorzystnie działała na rozwój i postęp gruźlicy. Odszedł dwa miesiące po triumfalnej premierze swojej opery „Oberon”.

OSOBA „SŁABEGO ZDROWIA”

Fryderyk Chopin (1810-1849) nie napisał żadnej opery, choć wielokrotnie go do

tego nakłaniano. Wiadomo jednak, że ją lubił, często uczestniczył w spektaklach, nawet w latach niedostatku. Skomponował wariacje na niektóre popularne tematy operowe. Najbardziej znane to B-dur op. 2 na temat duetu z mozartowskiego „Don Giovanniego” – „La ci darem la mano”. Notabene podczas ostatniego Konkursu Chopinowskiego świetną interpretację tego utworu przedstawił zdobywca I nagrody – Bruce Liu. Kompozytor mistrzowsko przetwarzał też motywy z „Normy” Belliniego: skomponował wariacje oparte na marszu Druidów, transkrypcję na fortepian na podstawie arii „Casta Diva” oraz etiudę, w której przetwarza arioso Normy „Teneri figli”. Również znane są wariacje Chopina na temat oper „Purytanie” Belliniego, „Kopciuszek” i „Sroka złodziejka” Rossiniego czy „Robert Diabeł” Meyerbeera.

Fryderyk Chopin od młodości był osobą „słabego zdrowia”. W późniejszych latach tryb życia, niekiedy w niedostatku, oraz nadmiar pracy nie sprzyjały jego kondycji, a suche, czyste, wiejskie powietrze Nohant jedynie okresowo poprawiało jego stan, zaś powrót do Paryża niweczył ten efekt terapeutyczny. Dokuczały mu duszność, kaszel, krwiotłucie. 18 października 1849 r. Cyprian Kamil Norwid zapisał: „choroba piersiowa przyspieszyła śmierć artysty w trzydziestym dziewiątym roku życia”. Obecnie liczne są badania próbujące uściślić rozpoznanie, czy rzeczywiście była to gruźlica, czy może mukowiscydoza.

Nasz wspaniały kompozytor okresu międzywojennego – Karol Szymanowski (1882–1937), twórca opery „Król Roger”, świętującej od kilku dziesięcioleci triumfy na wielu scenach świata, umarł w sanatorium w Lozannie w 55. roku życia z powodu gruźlicy gardła.

SCHOROWANY MOZART

Przez wiele lat dyskutowano o przyczynach śmierci Wolfganga Amadeusza Mozarta (1756–1791). Ostatnie badania absolutnie wykluczają sensacyjny wątek otrucia przez konkurenta Salieriego. Kompozytor umarł w wieku 35 lat z powodu uremii, w śpiączce. To cudowne dziecko miało trudne dzieciństwo. Stałe w podróży, ciągle przepracowany, ciężkie warunki finansowe, brak dbałości o siebie. We wczesnym dzieciństwie przebył liczne infekcje paciorkowcowe, w tym zapalenie migdałków. Miewał też kilkakrotnie zapalenie wielostawowe. Istnieją hipotezy, że był to ostry gościec stawowy, lub choroba Schönleina – Henocha. Prawdopodobnie razem z siostrą przebyli dur brzuszny. W 1767 r. jako jedenastolatek zachorował na ospę. W dorosłym życiu był obciążony dużymi wydatkami ze względu na słabe zdrowie żony i jej liczne kuracje „u wód”. W 1791 r. Mozart był słaby, skłonny do depresji i do paranoicznego zachowania. Pił dużo alkoholu. Prawdopodobnie rozwijała się, jako następstwo powtarzających się infekcji paciorkowcowych, przewlekła niewydolność nerek (nalaną twarz, pulchne dłonie, obrzęki



Przez wiele lat dyskutowano o przyczynach śmierci W. A. Mozarta (1756–1791). Ostatnie badania absolutnie wykluczają sensacyjny wątek otrucia przez konkurenta Salieriego.

kostek, bóle stawowe; z czasem wysoka temperatura, bóle brzucha, majaczenia, zaburzenia smaku). Ostateczną przyczyną śmierci było zapalenie płuc. Precyzyjna diagnoza jest dziś trudna do ustalenia ze względu na fragmentaryczny i niewystarczająco udokumentowany przebieg choroby. Niektóre hipotezy biorą pod uwagę nawet syfilis.

NOWOTWORY, ALKOHOL, KIŁA...

Nie tylko gruźlica zbyt wcześnie przerywała życie artystów. Vincenzo Bellini (1801–1835) szybko osiągnął sukces. Już jego pierwsze opery („Adelsona Salvini”, „Bianca e Gernando”, „Pirat”) spotkały się z dużym uznaniem. Do arcydzieł w jego twórczości zalicza się: „Lunatyckę”, „Normę”, „Purytanów”. Przyczyną jego śmierci w 34. roku życia był guz wątroby.

Z powodu nowotworu mózgu w wieku 39 lat odszedł Georges Gershwin (1898–1937), potomek rosyjskich Żydów, którzy wyemigrowali do Ameryki. Jest on twórcą m.in. opery „Porgy and Bess”. W testamentzie zastrzegł sobie, że tytułowe partie w tej operze powinni wykonywać Afroamerykanie lub generalnie przedstawiciele rasy czarnej. Nawet ludzie nieinteresujący się operą znają wspaniałą arię z tego dzieła – „Summertime”. Jest ona bardzo popularna również w innych, nieoperowych wykonaniach. Na przykład Elli Fitzgerald, Billiego Holidaya, czy Ricky’ego Nelsona. Claude Debussy (1839–1881) zmarł w wieku 42 lat z powodu nowotworu odbytnicy. Kompozytor, reprezentujący nurt impresjonistyczny w muzyce

Przez wiele lat dyskutowano o przyczynach śmierci Mozarta. Ostatnie badania absolutnie wykluczają sensacyjny wątek otrucia przez konkurenta Salieriego.

(„Popołudnie fauna”), znany jest także jako twórca opery „Peleas i Melizanda”.

W innym obszarze kulturowym przyczyną przedwczesnej śmierci artysty bywał alkoholizm. Tak zakończył życie w wieku 42 lat Modest Musorgski (1839–1881), z wykształcenia oficer, twórca takich oper jak „Borys Godunow” i „Chowańszczyzna”, znany też z „Pieśni i tańców śmierci”. Młodo (36 lat) umarł, prawdopodobnie z powodu powikłań paciorkowcowego zapalenia gardła, Georges Bizet (1838–1875). Niektóre źródła podają niewydolność wieńcową, a konkretnie dwa zawały serca jako bezpośrednią przyczynę śmierci. Kompozytor nie doczekał triumfu swojej ostatniej opery „Carmen”. Twierdzi się, że jej klęska na prapremierze przyspieszyła jego zgon.

Żniwo zbierały też choroby weneryczne. Gaetano Donizetti (1797–1848) umarł we względnie młodym wieku (51 lat) na kiłę trzeciorzędową, chorobę, która w zasadzie dotyka ludzi w późniejszym wieku (rozwój kiły pierwszo- i drugorzędowej przebiega najczęściej wolno i nieraz

uptywa kilkadziesiąt lat, zanim rozwinię się pełny obraz kiły trzeciorzędowej). Zaburzenia umysłowe i paraliż postępowy spowodowały, że ostatnie lata życia kompozytor spędził w ośrodku dla umysłowo chorych. Ten niezwykle płodny twórca jest autorem wielu operowych hitów. Do najpopularniejszych należą: „Łucja z „Lammermoore”, „Córka Pułku”, „Napój miłosny”, „Don Pasquale”.

Franz Schubert (1797–1828), znany głównie z pieśni („Małgorzata przy kołowrotku”, „Król Olch”, „Ave Maria”), jest też twórcą oper („Przyjaciele z Salamanki”, „Fernando”, „Alfonso und Estrela”) i singspili. Do jego najpopularniejszych dzieł należy kwintet fortepianowy „Pstąg”. Umarł w 31. roku życia na syfilis. Z kolei Bedrich Smetana (1824–1884), ojciec narodowej opery czeskiej, twórca bardzo popularnej opery „Sprzedana naręczona” oraz cyklu „Moja Ojczyzna”, umarł z powodu syfilisu, mając 60 lat.

Jaki były przyczyny zgonów innych kompozytorów operowych? Co spowodowało odejście Pucciniego, Rossiniego, Ravela, Czajkowskiego? Jaka jest zagadka śmierci Ludwiga van Beethovena? Czy uda się obronić pogląd, że w przypadku kompozytorów operowych „wybrańcy muz umierają młodo”? O tym w drugiej części artykułu, który ukaże się w czerwcowym numerze „Gazety Lekarskiej”. ■

Literatura:

P. Kamiński, „Tysiąc i jedna opera”, Kraków 2008
„Encyklopedia Muzyczna”, PWM 1997
J. O’Shea, „Muzyka i medycyna”, Kraków 1998

PROZA

Mała psychoza

(fragmenty)

Z okien Szpitala Żeromskiego widać Kraków.

Jest to możliwe, bo Kraków leży w dołku między wzniesieniami – dobudowana do niego w latach pięćdziesiątych Nowa Huta już się w tym obniżeniu nie zmieściła, więc jest względem starego Krakowa trochę wyżej.

Dzięki temu widzę Kraków w dali już z okien między pierwszym a drugim piętrem, kiedy idę klatką schodową do pacjentów. Wiem, że to Kraków, bo rozpoznaję wieżowiec stojący na rondzie Grzegorzeczkim. Tylko dzięki temu wiem, w którą stronę patrzę. Do budynku szpitala wchodzę od strony piwnicy, a potem gubię się w płataninie korytarzy. Gdybym miała zgadnąć bez patrzenia za okno, w którą stronę świata jestem skierowana, nie wiedziałabym.

Ale zanim zaczną się zabudowania, zaraz za szpitalem rozciąga się łąka. Dziś jest listopadowa – trawy żółtki, z daleka widać, gdzie ubita ziemia zamienia się w bagno. Łąki nowohuckie są rezerwatem, siedliskiem rzadkich gatunków ptaków. Ale które gatunki ptaków nie są dziś rzadkie?

Do pracy idę między blokami. Nowohuckie bloki skryte są między drzewami, są obsadzone krzewami, kwiatami – codziennie, pokonując tę niewielką odległość, która dzieli mnie od miejsca pracy, przyglądam się tym drzewom, tym krzakom i kwiatom, także dziś, w listopadzie, gdy niektóre są już zimowe, suche, zamknięte. Muszę zabrać ich obraz ze sobą przez piwnice i korytarze, muszę pamiętać, że tam są, żeby skończyć kolejny dzień.

Dziś po drodze spotkałam stado srok. Sroki są niezwykle zręczne, ale słyszałam, że gdy zbiją się w stado, potrafią być przykre dla innych ptaków, a nawet agresywne wobec ludzi. I tak je podziwiam – dziś jedna próbowała wyciągnąć coś spod powały budynku przychodni i chyba jej się udało, bo odpadła od krawędzi dachu dość nagle i mało brakowało, a nie zdążyłaby wbić się do lotu przed uderzeniem w chodnik.

Z Żeromskiego mamy ładny widok. Szpital położony jest na gęsto zalesionym terenie – już na etapie planu w budowie uwzględniono park. Wyglądam za okno, odplątując przewody ciśnieniomierza – z sal chorych mam nieco inny widok niż z półpiętra. Codziennie sumiennie kontroluję moich chorych, więc przy okazji i to, co widać z okna – a w dali widzę góry.

Dziś widoczny jest masyw Beskidów. Czasem widać bardzo mało, mgła albo smog ograniczają widoczność, wtedy widzę tylko trawy łąk spowite szarym całunem skraplającej się pary. Czasem, bardzo rzadko, tylko kilka dni w roku, zza Beskidów wychylają się Tatry – szpiczaste szczyty, na końcach białe, wiecznie przysypane śniegiem. Informację o tym ludzie przekazują sobie jak gryps: „Z Nowej Huty widać Tatry!”. Nie wierzyłam w to, aż pewnego dnia zobaczyłam je na własne oczy. Teraz wyczekuję tych dni – Dni, Kiedy Widać Tatry – wyczekuję, liczę je i zapamiętuję.

Jak długo by potrwało, gdyby wyjść stąd teraz, przejść przez łąki, dotrzeć do Czarnochowic, może zjeść coś w Wieliczce, iść dalej, na Dobczyce – ile by trwało, żeby stąd dojść w Beskid? A potem dalej, przez góry, przez Lubień, Rabkę, Nowy Targ, w Tatry, przez Tatry, i co za Tatrą? Ile by to trwało? Czego do tego trzeba? Odwagi? Samozaparcia? Wyobraźni?

Zdejmuję ciśnieniomierz. Niewiele mogę dla tych ludzi zrobić – nie jestem tu ważna, po prostu uczę się, już kolejny rok. Codziennie raportuję stan tych pacjentów, co więcej mogę dla nich zrobić?

Czasem ich zagaduję. Oni mnie nie widzą – nie wiedzą, jakie są rysy mojej twarzy, ile nad ranem wyskoczyło mi pryszczy, jaki mam kolor włosów. Może widzą oczy? Tak, przez powłoki plastiku mogą dojrzeć kolor moich oczu. Tylko czy ich to interesuje?

Porozumiewamy się krzykiem, bo przyłbica blokuje dźwięk w obu kierunkach. Jaką intymność można uzyskać, nieustannie krzycząc do siebie?

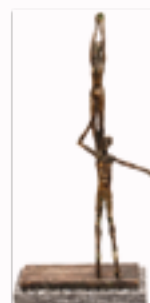
Proszę mnie o różne rzeczy: o leki przeciwbólowe, o przyspieszenie badań, czasem o wypis. A ja niewiele mogę dla nich zrobić. Mogę sięść do komputera i wpisać w system: „Pacjent w stanie ogólnym takim a takim; dolegliwości nie zgłasza – zgłasza ból/dyskomfort/nudności/duszność, akcja serca miarowa/niemiarowa, tętno na obwodzie wyczuwalne/niewyczuwalne, ciśnienie tyle a tyle” – i liczyć, że ktoś inny, ważniejszy, starszy, mądrzejszy to przeczyta i się tym zajmie. Sześć lat studiów, ale jeszcze prawie nic nie mogę zrobić. Już nawet się nie zastanawiam, czy gdybym mogła, to umiałabym. Robię więc, co mogę i umiem – rozmawiam z nimi tym krzykiem, ja, Ukryta w Plastiku, Ta, Która Pra-wie Nic Nie Może. Nie jestem pewna, ale myślę, że czasem pomaga. (...)



ADRIANNA BECZEK

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

Antropolożka i lekarka, stażystka w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego w Krakowie, studentka w Instytucie Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Jagiellońskiego, absolwentka Wydziału Lekarskiego tej uczelni. Jej zainteresowania obejmują antropologię i filozofię medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki młodych lekarzy i studentów medycyny. Związkowczyni. Mieszka w Nowej Hucie.



Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



Agata Morka
doktor historii
sztuki

BŁĄD MALARSKI

Bez narkozy

A gdyby tak szef chirurgii pewnego dnia pojawił się na obchodzie ubrany w śpiochy wyszywane literami, dzierżąc kij zakończony sylwetką księżycy zamiast stetoskopu? A na głowie miałby lisie futro? Brzmi jak sen pacjenta po narkozie, a jednak sytuacja ta mogłaby mieć miejsce w XIX-wiecznej Walii.



A.C. Hemming,
„Portret Williama
Price’a z Llantrisant
w kostiumie druida
z kozami”, ok.
1918 r., Wellcome
Collection

William Price studiował medycynę początkowo w swojej rodzinnej Walii, potem w Londynie. Przeszedł do historii jako jeden z bardziej ekscentrycznych lekarzy. Był utalentowanym chirurgiem.

Portret przedstawia Williama w jego naturalnym środowisku: na polach Walii, z ruinami w tle i dwiema kozami u jego stop. Temat obrazu dostarcza znacznie więcej ekscytacji niż jego malarski aspekt. Portret to z punktu widzenia artystycznego dość kiepski, ale za to szokujący, jeśli

rozpatrywać go jako przedstawienie medyka: Price’owi daleko do współczesnych wyobrażeń lekarzy w kitlach, sterylnych rękawiczkach i chirurgicznych czepkach. Głowę Price’a, zamiast czepka, wieńczy potężne futro. W rękę zamiast skalpela trzyma płonącą pochodnię. Te dość zaskakujące atrybuty nawiązują do przekonań, które głosił. Nie zgadzał się na tradycyjny pochówek ciała w ziemi, zamiast niego postulując kremację.

Fakt, że William występuje na tym portrecie całkowicie ubrany, jest również dość osobliwy, Price pokazywał się czasem bowiem w druidzkich

śpiochach i księżycem w dłoni. Był bowiem zdeklarowanym zwolennikiem nudyzmu. Stanowczo sprzeciwiał się małżeństwu, twierdząc, że instytucja ta robi z kobiet niewolnice. Zamiast tego praktykował wolną miłość, by w wieku 80 lat jednak poślubić młodszą o prawie 60 wiosen kobietę w ramach samodzielnie zorganizowanej druidzkiej uroczystości.

Patrząc w oczy Williama, lubię sobie wyobrazić, jakby to było obudzić się po narkozie i zobaczyć go z futrem na głowie, zapewniającego, że operacja się udała. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 04/2022

1. Usunięcie czołgu.

Zazwyczaj grafiki Meyera są mocno abstrakcyjne, ale czasem artysta wprowadza do nich elementy narracyjne, tak jak w tym przypadku, gdzie wykorzystał sylwetkę czołgu żołnierza, którego rany posłużyły do odbitki.

2. Dodanie niebieskiego śladu jak od sznurka przez środek czerwonego kształtu.

Wiele grafik Meyera przedstawia rany cięte, po operacjach, z odbitkami szwów. W tym wypadku artysta skupił się na fakturze spalonej skóry.

3. Dodanie odcisków opon.

W swoich pracach Meyer posługuje się nie tylko odciskami ran, ale i przedmiotów, zatem obecność śladów opon nie byłaby tutaj nieuzasadniona. Tym bardziej, że portretowany jeździ na wózku inwalidzkim.

4. Zamiana tła na czarne.

W tym cyklu Meyer zawsze używa białego tła, czerni dodałaby grafikom trącacego o taniść przesadzonego dramatyzmu.



Obraz: Ted Meyer, grafika z serii „Naznaczony na całe życie: monotypie ludzkich blizn”, Narodowe Muzeum Zdrowia i Medycyny, USA

NAGRODZENI Z „GL” 04/2022: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Grażyna Janiszewska-Boryczko z Tarnowa**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Dominika Jędrzejewska (Łódź)**, **Dorota Kała (Gogolin)**, **Karolina Olszewska (Warszawa)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 16 maja 2022 r.

W temacie maila należy wpisać GL05 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.:

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

RECENZJA

Z dala od Olimpu, bliżej Itaki

prof. **Aleksander Woźny**, kierownik Zakładu Medioznawstwa, Instytut Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Wrocławski

Alchemia mitów” to trzecia z kolei, po „Krajobrazie z miłosiernym Samarytaninem” i „Galerii Sonetów”, książka Jarosława Waneckiego, w których poeta-pisarz-lekarz „przepuszcza” płótna mistrzów malarstwa przez wyobraźnię artystyczną. Jednak tym razem w interpretacji świata lekarzy wplata mity, uzupełniając opowieści współczesnymi wersjami losów antycznych bogów i herosów.

Z mitów i dzieł mistrzów malarstwa powstają scenariusze, które są ponadczasowe. Pisarz chce zachować pamięć o pozornie niewiele znaczących fragmentach z przeszłości własnego środowiska, postępując podobnie jak bohater jego książki, doktor Homer, lekarz archiwista, dla którego każdy okrucieństwo wyrwany zapomnieniu jest święty.

Czytelnik ma ponadto okazję poznać wyzwania, jakich oczekuje od lekarzy współczesna medycyna humanistyczna, w tym zwłaszcza ta dziedzina, którą określa się jako medycynę narracyjną. Choć sam

termin nie pojawia się w tekście, warto spojrzeć na „Alchemię...” przez jej pryzmat. Medycyna narracyjna na miejsce rutyny – zabójczej dla obu stron procesu leczenia – stawia budowanie więzi z pacjentem, aż po przyjęcie przez lekarza postawy narracyjnej pokory, która umożliwia dopuszczanie do głosu cierpiącego człowieka (wszak słowo „pacjent” pochodzi od pasji, od cierpienia) i stwarza szansę cierpliwego wsłuchania się w jego opowieść, co przecież stanowiło istotę dziś już niemal zapomnianej anamnezy.

Zbiór dwudziestu czterech mistrzowskich utworów zawiera przenikliwie refleksje o współczesności. Wanecki pokazuje, jak starożytne mity kształtują codzienne zachowania jego macierzystego środowiska, i przypomina, że pomimo zmieniających się przez stulecia dekoracji, rozgrywa się tu wciąż ta sama sztuka. Scenę aoidy zaludnia świat narcystycznych medyków, pokazanych pomimo wielu ich wad z humorem i co ciekawe, nie pozbawia nadziei. Wskazuje drogę: to porzucenie Olimpu i powrót do Itaki, do życia zgodnie z pasją. ■



Pełna treść recenzji na
GazetaLekarska.pl

NASZA CZYTELNIJA



Autyzm. Bliski daleki świat

Monika Szubrycht

Zbiór poruszających rozmów o autyzmie, w tym walce z systemem, niezrozumieniem i brakiem właściwej diagnozy. Autorka książki, dziennikarka i matka dziecka w spektrum autyzmu, przedstawia historie z perspektywy rodziców i specjalistów, dając różnorodny, a przez to pełniejszy obraz sytuacji. Jest tutaj mowa o trudach codzienności, ale z tych rozmów wypływa też optymizm i nadzieja, że niezbędne zmiany systemowe i mentalne w końcu nadejdą.



Niewydolność serca. Współczesne spojrzenie

Redakcja naukowa:
Paweł Balsam

Kolejna książka z serii „W gabinecie lekarza POZ”, tym razem na temat roli lekarza pierwszego kontaktu w opiece nad pacjentami z niewydolnością serca. Publikacja zawiera aktualne wytyczne i metody postępowania z chorymi obciążonymi tą chorobą. Znajdziemy w niej zarówno wskazówki dotyczące wstępnej diagnostyki, jak i leczenia tej choroby, a także zasady profilaktyki zaostrzenia przewlekłej niewydolności serca w opiece lekarza POZ.

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika

EDYCJA XI

Prace konkursowe będą przyjmowane w 3 kategoriach: **Poezja, Proza** oraz w dowolnej formie literackiej na temat **Nieśmiertelność**.

„Oczywiście, każdy lekarz chce, abyśmy żyli jak najdłużej, ale czy chcemy być nieśmiertelni? Temat ten przyciąga od wieków uczonych, filozofów, lekarzy. Czy nasza genetyka «wyrazi zgodę» na wieczne istnienie, czy idea ta pozostanie tylko motywem literatury science fiction? Czy może, jak niektórzy mędrcy twierdzą, to śmierć jest początkiem nieśmiertelności? Zapraszamy do literackiej dyskusji.”

Ewa Lipska

Jury: Anna Dymna, Waldemar Hładki, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Maria Szczeklika, Jarosław Wanecki

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentystry. Termin nadsyłania prac konkursowych **15 maja 2022 roku**. Szczegółowe informacje o konkursie są dostępne na stronie www.mp.pl/wena

Informacji udziela:
Anna Wierchowiska-Woźniak
tel. 12 293 42 68, e-mail: wena@mp.pl

PARTNERZY



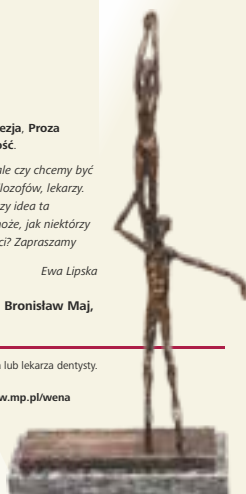
PATRONAT MEDIALNY



ORGANIZATORZY



medycyna praktyczna



KULTURA

Wystawa

OIL w Łodzi zaprasza do udziału w XIX Ogólnopolskiej II Międzynarodowej Wystawie Malarstwa Lekarzy, która odbędzie się w dniach 29 maja – 3 czerwca w Klubie Lekarza w Łodzi. Prace należy dostarczyć do 13 maja. Wernisaż odbędzie się 29 maja o g. 17.00 w Klubie Lekarza, a wystawa potrwa do 3 czerwca. ■

Jubileusz chóru

Zarząd Chóru Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zaprasza wszystkich byłych i obecnych członków na uroczyste obchody jubileuszu 70-lecia działalności artystycznej zespołu, które odbędą się w dniach 27-28 maja w Białymstoku. ■

Polscy lekarze fotograficy z sukcesami na świecie

Lekarze: Sebastian Kuczyński z Poznania, Marek Szczytkowski ze Świdwina, Ryszard Zembruski z Warszawy, prof. Piotr Milkiewicz z Warszawy, dr Krzysztof Muskalski z Częstochowy, a także lekarz dentyista Maciej Józwiak z Warszawy odnieśli znaczące sukcesy podczas tegorocznych edycji konkursów/salonów fotograficznych odbywających się w wielu zakątkach świata, m.in. w Chorwacji, Turcji, Słowenii, Singapurze, Wielkiej Brytanii, USA czy we Włoszech. O szczegółach ich osiągnięć piszemy na www.gazetalekarska.pl. Serdecznie gratulujemy! ■

GazetaLekarska.pl



Walka o oddech

Tomasz Rezydent

Kolejna książka piszącego pod pseudonimem lekarza o pracy na pierwszej linii walki z COVID-19. Tym razem autor przedstawia relację ze swoich osobistych doświadczeń związanych z dwiema najgorszymi falami epidemii z perspektywy pracy na oddziale covidowym, gdzie trafiali na leczenie najcięższej chorującej pacjenci. To przepełniony emocjami przekaz o wykańczającej pracy, ogromie cierpienia i o tym, jak trudne jest umieranie – dla pacjenta, jego bliskich oraz medyków, którzy starają się mu pomóc.



Bellevue. Trzy stulecia medycyny i chaosu w najbardziej znanym szpitalu Nowego Jorku

David Oshinsky

Wciągająca i momentami przerażająca historia Szpitala Bellevue. To tam zdobywali wiedzę uczniowie Zygmunta Freuda. Tutaj powstała jedna z pierwszych szkół medycznych. Niestety tu również stosowano terapię zaburzeń psychicznych dzieci elektrowstrząsami. Szpital ten z czasem stał się największym gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego w Nowym Jorku. Autorem publikacji jest amerykański historyk, laureat nagrody Pulitzera z 2006 r. za książkę „Polio: An American Story”.

SPORT



Narciarstwo

6 kwietnia w Alpach Włoskich odbyły się XXV Jubileuszowe Światowe Mistrzostwa Lekarzy Polonijnych w Narciarstwie Alpejskim. Uczestnikom sprzyjała piękna, zimowa aura. Mistrzostwa zorganizował założyciel i prezes KS „Bronek”, honorowy prezes Związku Lekarzy Polskich w Chicago dr Bronisław Orawiec. ■

Szachy

W dniach 26-29 maja w Kompleksie Turystyczno-Wypoczynkowym Kuźnica w Sielpi Wielkiej odbędą się XX Mistrzostwa Polski Lekarzy w szachach Championat SzachMedica. Organizatorami imprezy są: NIL, Świętokrzyska Izba Lekarska i Śląska Izba Lekarska. ■

Triathlon

Komisja Sportu i Rekreacji OIL w Gdańsku zaprasza 29 maja do Gniewina na tegoroczną edycję triathlonowych Mistrzostw Pomorza Lekarzy i Lekarzy Stomatologów oraz Mistrzostwa Polski Sztafet Lekarskich. Zawody, podobnie jak w ubiegłych latach, odbywają się pod patronatem NIL i OIL w Gdańsku. ■

GazetaLekarska.pl 



Koszykówka



OIL w Łodzi jest organizatorem II Mistrzostw Polski Lekarzy w Koszykówkę, w których prawo startu mają tylko lekarze i lekarze dentyści. Zawody odbędą się w hali sportowej Zatoki Sportu Politechniki Łódzkiej w dniach 24-25 czerwca. W tym samym czasie i miejscu zaplanowane są także I Mistrzostwa Polski Zawodów Okołomedycznych w Koszykówce. „Gazeta Lekarska” objęła to wydarzenie patronatem medialnym. ■



**„Against a pole”, dr Franco Ameli (otorynolaryngolog,
Genua, Włochy)
Grand Prix PhotoArtMedica 2021**

GazetaLekarska.pl 



www.photoartmedica.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W KRAKOWIE, ROCNIAK 1972

Zapraszamy absolwentów rocznika 1972 Wydziału Lekarskiego AM w Krakowie do wzięcia udziału w jubileuszu 50-lecia otrzymania dyplomu lekarza, który odbędzie się 11 czerwca 2022 r. o godz. 11.00 (sobota) w Auli Nowodworskiego, przy ul. św. Anny 12. Zainteresowane osoby prosimy o wysłanie zgłoszenia na adres: symposium.Cracovie@symposium.pl, ul. Krupnicza 3, 31-123 Kraków, zofia.czesnikiewicz@symposium.pl, tel. 603 845 109.
Prof. E. Czerwiński

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCLAWIU, ROCNIAK 1972

Zapraszamy na obchody z okazji 50-lecia ukończenia AM we Wrocławiu (wydział lekarski, rocznik 1972), które odbędą się w dniach 2-4 września 2022 r. we Wrocławiu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty do 31 maja z dopiskiem „Zjazd 1972”. Informacje: Anna Metzger-Mazurkiewicz (tel. 601 084 456, hanka19@poczta.onet.pl), Patrycja Malec (tel. 501 217 204, patka.malec@wp.pl).
Andrzej Dorobisz, Grażyna Ossowska (Kłabińska), Anna Metzger-Mazurkiewicz

ABSOLWENCI WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCLAWIU, ROCNIAK 1972

Zapraszamy na obchody z okazji 50-lecia ukończenia AM we Wrocławiu rocznik 1972, które odbędą się 10 września 2022 r. we Wrocławiu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty prosimy dokonywać do 31 maja z dopiskiem „Zjazd 1972”. Bliższych informacji udziela Patrycja Malec (tel. 501 217 204, patka.malec@wp.pl).
Elżbieta Wronecka, Jarosław Śmiałowski

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO COLLEGIUM MEDICUM UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO, ROCNIAK 1997

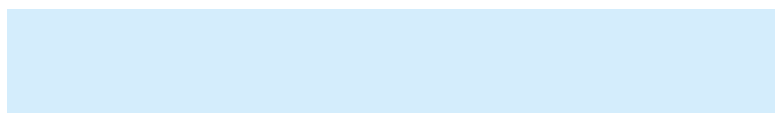
Zapraszamy na spotkanie z okazji 25-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w Krakowie 22 października 2022 r. Zainteresowanych prosimy o kontakt poprzez e-mail: spotkanie.25lecie@gmail.com. Wyślemy linki do zaproszenia ze szczegółowymi informacjami i do formularza rejestracyjnego. Prosimy o zapisy do końca czerwca.
Małgorzata Bała, Wiktoria Leśniak (Szczygieł), Joanna Sowizdraniuk (Dziękowska), Sławomir Dyszkiewicz i Paweł Pytel

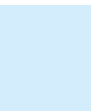
ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ W KRAKOWIE, ROCNIAK 1986

W dniach 7 – 9 października 2022 r. organizowany jest zjazd absolwentów Akademii Medycznej w Krakowie, rocznik 1986. Szczegóły spotkania dostępne u Mirosławy Ciarki-Golonki (tel. 535 445 023, lekmcg@gmail.com).

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

Ogłoszenia

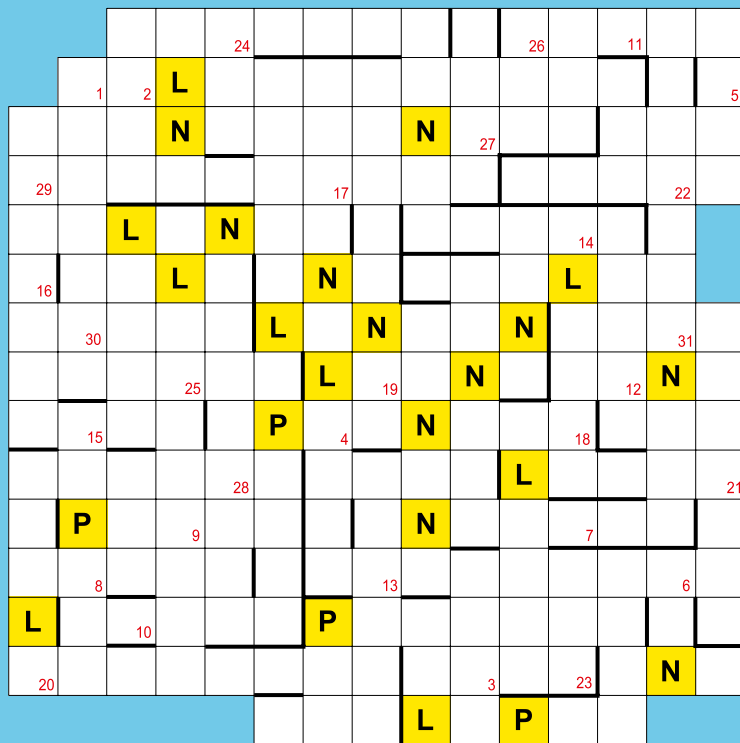






**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści,
wiedza i zaangażowanie.**

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



Objaśnienia 70 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: L, N i P. Na ponumerowanych polach ukryto 31 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Benjamin Disraeli. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 maja 2022 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* łokieć (łac.) * napisał „Zew krwi” * auricula * powiatowy gród nad Regą * umył je Piłat * siostra Wandzi Piłsudskiej * największy jeleniowaty * androgenyza * brat Arfachsada * kość łokciowa (łac.) * może stanąć w gardle * hamulcowe lub dla dzieci * strefa * żel przed usztywnieniem * forma imienia Jeremiasz * kwaśna przyprawa * dentes canini * narzędzie rzeźbiarza i ortopedy * między indem a antymonem * rzeki lub świńskie * nocne motyle * syntaza cysteinowa * wietnamski Nowy Rok * enzym czwartej klasy * przezroczysta w oknie * badacz impulsów nerwowych, noblista z 1936 r. * japoński Styks * grzyb miodowy * carcinoma * ukochana Filona * cyclopie * pnące dzungli * arthritis urica * współczesny tomizm * funkcja Witalija Kliczki * zaburzenia hemostazy i krzepnięcia kiwi * płynie przez Bihac * trąd (łac.) * trybut * chroni środowisko * siane przed jarami * pojazd przygotowujący trasy narciarskie * ajer * szlachetny trunek * węgiel sodu * pieśni w operze * jablecznik * varicosis * chińska buleczka * narzędzy wzroku

* łączy podpory mostu * zaburzenia gramatyczne w schorzeniach OUN * żołnierz husarii * z Lenzem stworzył prawo o cieple * żałobny Bema pamięci * jądro z elektronami * prorok z Tiszbe * kałgan, wysuszone kłające kardamonu * Wyżyna z Colorado i Rio Grande * technika pomiaru wysokości powierzchni oceanów * komórka macierzysta jaja * przyrząd do przypalania tkanek * mniejsze od jedynki * poczucie nieznanego spokoju * karta z pytaniami * anion lub kation * matka bogów Olimpu * pomocy do poszkodowanego * czcionka 8-stopniowa * antygen sterczowy

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki Lekarskiej nr 272 („GL” nr 03/2022)
Biurokracja to dobrze zorganizowana zaraza.**

Nagrody otrzymują:

Grażyna Górka (Zawiercie), Artur Hołowacz (Jarosław), Ilona Popanda (Strzelce Opolskie), Anna Szala-Nowak (Bydgoszcz), Anna Wojtas (Kielce). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 180 800 tegz.

Rada Programowa

Sławomir Badurek (sekretnarz), 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

www.facebook.com/gazetalekarska

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

Sebastian Knysak

Tel. (22) 559 13 26

ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale współpracują

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

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).

