

GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH



**Odrodzonego
Samorządu
Lekarskiego**

Przykra diagnoza systemu

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Jedną z pierwszych decyzji Naczelnej Rady Lekarskiej tej kadencji było zwołanie Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, by dyskutować nad nowelizacją Kodeksu Etyki Lekarskiej i zmianami regulaminu wyboru do izb. Kodeks Etyki Lekarskiej trzeba dostosować do wyzwań współczesności, np. uszczegółowić przepisy tak, aby stanowiły one odpowiedź na powstawanie tzw. receptomatów, czy dostosować do prawa unijnego przepisy mówiące o zakazie reklamy przez lekarza. W Kodeksie Wyborczym rozważenia wymaga doszczegółowienie obowiązujących regulacji czy wprowadzenie możliwości przeprowadzania wyborów elektronicznych, co miałyby zapewne pozytywny wpływ na frekwencje.

Za nami dwa lata przygotowań, w trakcie których Komisja Etyki Lekarskiej i Krajowa Komisja Wyborcza spędziły setki godzin na analizie obowiązujących przepisów i propozycji ich zmian. Odbyły się konsultacje publiczne, w trakcie których każdy lekarz, a także osoby i instytucje spoza naszego środowiska, mogli składać uwagi do propozycji wypracowanych przez Komisje. W połowie maja pół tysiąca delegatów z całej Polski będzie dyskutować nad ostatecznym kształtem dokumentów. Bardzo dziękuję wszystkim członkom Krajowej Komisji Wyborczej oraz Komisji Etyki za poświęcony czas i ciężką pracę dla nas wszystkich. Dziękuję Przewodniczącym Komisji – dr Jackowi Kotule i dr Arturowi de Rossier za profesjonalne,

merytoryczne prowadzenie prac. To budujące, że w samorządzie są dziś ludzie gotowi bezinteresownie poświęcić swój czas i wnieść ekspercką wiedzę w ważnym dla każdego lekarza temacie etyki lekarskiej, czy istotnym z punktu widzenia samorządu temacie wyborów.

Maj upłynie nam pod znakiem Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu, a na zewnątrz samorządu, pod znakiem zapytania. Oczekiwania na spełnienie danej nam przez Ministerstwo Sprawiedliwości obietnicy wprowadzenia klauzuli wyższego dobra, dawniej zwanej no-fault. Jestem pesymistyczny i powątpiewam, czy ministerstwo zdąży z opracowaniem przepisów, jednak złożone przez ministra zobowiązanie jest aktualne i będziemy domagać się jego spełnienia.

Do czerwca, według składanych publicznie przez Ministerstwo Zdrowia obietnic, ma być gotowy system automatyzujący określanie refundacji na receptach. Tymczasem za nami kolejna odsłona historii lekarzy niesłusznie ukaranych za nieprawidłowe, według NFZ, określenie refundacji preparatów mlekozastępczych. Wielokrotne, prowadzone przez samorząd negocjacje z płatnikiem, a potem z minister zdrowia Izabelą Leszczyną, których celem było zwolnienie lekarzy z nałożonych kar, nie przyniosły pożądanego efektu. Początkowa przychylność

minister i zrozumienie dla absurdu sytuacji, w której działających w dobrej wierze lekarzy obciąża się karami finansowymi, choć zyskiwali na tej sytuacji co najwyżej pacjenci, zastąpiły wątpliwości połączone z informacjami o trudnościach prawnych mnożonych przez płatnika. Dlatego Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej powołało zespół złożony z konsultanta krajowego w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej i wybitnych ekspertów. Zespół poddał analizie dokumentację medyczną pacjentów, którym ukarani lekarze określali refundację na preparaty mlekozastępcze, pod kątem zgodności postępowania lekarza z aktualną wiedzą medyczną i dobrem pacjenta. Wyposażeni w formalne, merytoryczne potwierdzenie faktu, że leczyli właściwie, niesłusznie ukarani lekarze będą mogli teraz bronić się w sądzie, a my jako samorząd nadal będziemy ich wspierać. Szkoda jednak, że lekarzy, którzy bezspornie działali w trosce o pacjentów, czeka teraz batalia sądowa, a całej sprawy, która nie budzi żadnych wątpliwości ekspertów, można było uniknąć poprzez dialog. To przykra diagnoza obecnego systemu i warunków, w których musimy dziś leczyć.

Czy w czerwcu wraz z rzekomym wprowadzeniem systemu automatyzacji refundacji, nastąpi poprawa? Również i tu jestem pesymistą. ●

3 **Przykra diagnoza systemu**
Łukasz Jankowski

5 **Lata lecą...**
Klaudiusz Komor

TEMAT NUMERU

6 **Historia przenika się ze współczesnością**
Odrodzony samorząd lekarski w Polsce liczy sobie już 35 lat. Historia izb lekarskich sięga jednak ponad 100 lat.

POCZET PREZESÓW NRL

10 **Łukasz Jankowski:**
Potrzebujemy znaku

13 **Andrzej Matyja:**
Nie można tak po prostu powiedzieć „do widzenia!”

16 **Maciej Hamankiewicz:** Ochrona zdrowia jest upolityczniona

19 **Konstanty Radziwiłł:**
Nigdy nie przestałem być samorządowcem

21 **Krzysztof Madej:**
Między idealizmem i buntem

24 **Tadeusz Chruściel:**
Trochę wyobraźni

WAŻNE SPRAWY

26 **Zbigniew Brzezin:**
Dziś musimy myśleć o wypracowaniu kompromisu

28 **Samorząd to nie autonomia**
Ani spory, ani próby wykorzystania w rozgrywce politycznej nie osłabiły samorządu lekarskiego, który odrodził się na fali decentralizacji państwa i przetrwał próby jego recentralizacji.

32 **Mała książeczka o dużym znaczeniu**

34 **Wanda Terlecka:**
Kodeks nadaje profesji ludzką twarz

PRAWO I MEDYCYNĄ

36 **Jacek Miarka:**
Mój punkt widzenia na sądownictwo lekarskie
Każdy, kto decyduje się być lekarzem, musi mieć świadomość, że medycyna to nie matematyka, w której powodzenie zależy od wiedzy, intuicji, doświadczenia, empatii.



TEMAT NUMERU STRONY 6-9

Dążenie lekarzy do utworzenia własnego samorządu obserwowano jeszcze w latach, gdy Polską rządzili zaborcy, ale dopiero po odzyskaniu niepodległości mogło się ono ziszczyć

38 **Grzegorz Wrona:**
Dawno, dawno temu...

39 **Wanda Wenglarzy-Kowalczyk:**
Samy o sobie

JUBILEUSZ

42 **Potrzeba dialogu**
Paweł Barucha

42 **Jedna rodzina i wspólny samorząd**

46 **Kompetencje nie mają płci**

51 **Lekarze nie stronią od sportu i rekreacji**

52 **Kolorowe pasje**

54 **Kształcenie: wymóg etyczny i prawny**

58 **Słownik wyrazów bliskich i dalekich**

60 **Po co lekarzom gazeta?**

AKTUALNOŚCI

61 **Podwyżki dla pielęgniarek: ile i od kiedy**

62 **Rząd wdraża plan B**

64 **Wspaniałe mamy porządek prawny**

Jakub Kosikowski
Recepta na antykoncepcję awaryjną: jeśli wypisze ją farmaceuta – to legalnie, jeśli lekarz – to kryminalnie. Tak to wymyśliło Ministerstwo Zdrowia.

PO GODZINACH

66 **Podróże – Trzy pomysły na wyjątkowy wyjazd**

66 **Wietnam: sentymentalna podróż w czasie**

68 **Brazylia: samba i piranie**

70 **Cinque Terre: dla romantyków i nie tylko**

72 **Błąd malarski – W cenie**
Są takie choroby, które z upływem czasu zupełnie zmieniają swoje trajektorie. Pięgi odbyły jedną z bardziej spektakularnych podróży.

74 **Odyseja. Nazywam się Nikt**
Jarosław Wanecki

75 **Przychodzi wena do lekarza**

76 **Gala Twórczości lekarskiej – wzajemne inspiracje**

77 **Ogłoszenia**

82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Lata lecą...

W samorządzie spotkałem niesamowicie mocne osobowości. Dlatego chciałbym wszystkich zachęcić do tego, aby sami spróbowali i poczuli ducha samorządności.

Pamiętam, jak w 2001 r. zostałem po raz pierwszy wybrany do Naczelnej Rady Lekarskiej. Byłem wtedy tuż po stażu podyplomowym, zatrudniony w szpitalu na etacie interwencyjnym z bezrobocia. Może trudno w to teraz młodszym pokoleniom uwierzyć, ale wtedy największym marzeniem młodego lekarza po studiach było gdziekolwiek załapać się do pracy. Szczęśliwcy dostawali pracę w pogotowiu lub – tak jak ja – etat z urzędu pracy.

Zjazd krajowy odbywał się wtedy w teatrze Roma i wybierał nowego prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej po zakończeniu drugiej kadencji doktora Krzysztofa Madeja (został nim po pasjonujących wyborach Konstanty Radziwiłł). Byłem wtedy najmłodszym członkiem NRL, a sukces w wyborach zawdzięczam gorącym staraniom całego grona młodych lekarzy skupionych w niedawno powstałych Klubach Młodego Lekarza oraz ówczesnej przewodniczącej ORL Beskidzkiej Izby Lekarskiej – Krysi Szyrockiej-Kowalczyk. Wtedy, na tym moim pierwszym krajowym zjeździe, poczułem prawdziwego ducha samorządu, którym zaraziłem się na długie lata. Wspomnienia te przywołuję właśnie dziś, gdy piszę o 35. rocznicy odrodzenia samorządu lekarskiego.

Wielu lekarzom, którzy nigdy nie zbliżyli się do izb, którzy nigdy nie brali czynnego udziału w ich życiu, trudno zrozumieć, o co w tej samorządności chodzi. Słyszę od nich sakramentalne pytanie: po co nam te izby? Jednak w tym felietonie nie chciałbym na to pytanie odpowiadać kolejnymi argumentami, przytaczając liczne korzyści z posiadania własnego samorządu (zawody, które go nie mają, bardzo

nam go zazdroszczą). Chciałbym wszystkich zachęcić do tego, aby sami spróbowali i poczuli ducha samorządności.

Wtedy, w tej pierwszej kadencji, byłem jak każdy młody człowiek raczej nastawiony buntowniczo i z zasady na „nie”. Ale w samorządzie spotkałem niesamowicie mocne osobowości, które spowodowały, że moje spojrzenie na izby powoli się zmieniało. Do dzisiaj pamiętam gorące dyskusje do późnej piątkowej nocy (początkowo posiedzenia NRL były dwudniowe, ponieważ każdy temat zajmował bardzo dużo czasu), przenoszone następnie do hotelowych kularów przy późnej kolacji. Przez kolejne kadencje samorząd bardzo się zmieniał, ale zawsze ścierały się w nim różne zdania i poglądy. Zawsze jedni go chwalili, a inni na niego narzekali. W pamięci utkwiła mi tylko jedna reguła, niezależnie od kadencji – zawsze na posiedzenie NRL przychodził nowo wybrany minister zdrowia, zawsze na początku deklarował ścisłą współpracę i uwzględnianie

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



naszych sugestii i zawsze potem, po kilku miesiącach, wyglądało to nieco inaczej... Ale to chyba jedyna rzecz, która łączy wszystkie moje kadencje w NRL. Poza tym każda była zupełnie inna.

W tym wydaniu „Gazety Lekarskiej” zobaczycie Państwo świetną esencję 35 lat samorządu. Będzie to szczególnie ciekawa lektura dla osób, które zawód lekarza uprawiają od niedawna. Spojrzą na samorząd oczami osób najważniejszych w jego historii, ze szczególnym uwzględnieniem wywiadów z byłymi prezesami. Będzie to też spojrzenie na samorząd oczami dziennikarzy, którzy przez lata pracują w „Gazecie Lekarskiej”, którzy wiele z historii izb na gorąco opisywali. Uzupełnieniem tego numeru będzie przygotowany na 35-lecie film z kalendarium samorządu, który będzie miał premierę w czasie Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu, a który potem będzie można znaleźć na naszej stronie i w social mediach. Zapraszam zatem do ciekawej, mam nadzieję, lektury i skosztowania idei samorządności.

TEMAT NUMERU

Historia przenika się ze współczesnością

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Odrodzony samorząd lekarski w Polsce liczy sobie już 35 lat. Historia izb lekarskich sięga jednak ponad 100 lat i to, co w tym czasie przeszli i stworzyli przedstawiciele lekarskiego stanu, kształtowało i wciąż kształtuje obecne poglądy i postawy.

Dążenie lekarzy do utworzenia własnego samorządu obserwowano jeszcze w latach, gdy Polską rządili zaborcy, ale dopiero po odzyskaniu niepodległości mogło się ono ziszczyć. II wojna światowa i nowy porządek polityczny Europy zabrały im jednak to, co zostało wypracowane przed wojną. Mimo wysiłków środowiska lekarskiego, by zachować ten dorobek, stalinowski reżim Bieruta doprowadził do likwidacji struktur samorządowych. Dopiero gdy w Polsce do głosu doszła NSZZ „Solidarność”, która zapoczątkowała zmiany ustrojowe, powstała możliwość odbudowy samorządu lekarskiego. Nie było to jednak łatwe. Z jednej strony pojawiły się gorące pragnienia samostanowienia w sprawach dotyczących wykonywania zawodu lekarza, z drugiej – był ewidentny opór lekarzy związanych z władzą, która poprzez tzw. siemaszkowski system funkcjonowania ochrony zdrowia zapewniała im lukratywne stanowiska i finansowe profity. Zarządzany w sposób centralistyczny i uznaniowy system demoralizował i rodził nadużycia.

PRZEŁAMYWANIE OPORÓW

Grono osób ściśle związanych z pracami nad odrodzeniem samorządu lekarskiego starało się za wszelką cenę nie dopuścić do tego, aby osoby ze starego systemu przeniknęły do tworzących się dopiero struktur. Zanim więc 17 maja 1989 r. doszło do uchwalenia ustawy o izbach lekarskich, już wcześniej w Poznaniu z inicjatywy Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność” zorganizowano Ogólnopolską Konferencję Lekarzy. Podjęto tam uchwałę o potrzebie reaktywowania samorządu lekarskiego w nowej formule, bez przedstawicieli starego systemu, którzy

chcieli w tym procesie uczestniczyć, forsować swoich ludzi i racje. Niestety, następnego dnia wprowadzono stan wojenny i na realizację tego zamierzenia trzeba było poczekać. Przewodniczącym Sekcji Służby Zdrowia Regionu Mazowsze NSZZ „Solidarność” był wówczas Wojciech Maksymowicz, później sekretarz NRL w I kadencji odrodzonego samorządu. Wspominając ten czas, prof. Maksymowicz wielokrotnie podkreślał, jakich karkołomnych działań ze strony lekarzy związanych z ruchem solidarnościowym trzeba było się podjąć, aby zablokować na listach do samorządu nazwiska osób związanych ze starym systemem. Wymagało to wielu spotkań i rozmów z lekarzami, którzy często nie byli świadomi, jakie zagrożenie dla odradzających się struktur samorządowych stanowili postpeerelowscy działacze. Rozumiejąc powagę sytuacji, wspierali go w tych działaniach Antoni Bilewicz, działacz podziemia solidarnościowego, senator Zofia Kuratowska, Bożena Pietrzykowska, Ewa Wolak, Anna Gręziak, Jerzy Moskwa – lekarze o wyrazistych poglądach i nowatorskim spojrzeniu na odradzający się samorząd.

PRZEJĘCIE INICJATYWY

Zaledwie miesiąc po wejściu w życie ustawy o izbach lekarskich, 19 czerwca 1989 r., na wniosek Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Zrzeszenia Polskich Towarzystw

Lekarskich oraz ministra zdrowia i opieki społecznej Rada Państwa powołała Komitet Organizacyjny Izb Lekarskich. I znów lekarze reprezentujący stary system liczyli na to, że licznie zasiądą w tym Komitecie i będą nadawać ton działaniom odradzającego się samorządu. Na szczęście lekarze skupieni wokół ruchu solidarnościowego robili wszystko, aby do tego nie dopuścić. Ich wysiłki się opłaciły. Cel został osiągnięty. W składzie komitetu przeważały osoby przez nich wytypowane.

Wspominając to wydarzenie, Bożena Pietrzykowska, wówczas młoda lekarka, która obok prof. Tadeusza Chruściela zasiadała w gronie prezydium KOIL i pełniła tam funkcję sekretarza, powiedziała, że na początku nie było pewności, czy uda się przeforsować kandydatury proponowane przez środowisko lekarzy niezwiązanych ze starym systemem. Jednak ruch solidarnościowy był bardzo silny i udało się przejąć inicjatywę. Posiedzenie inauguracyjne Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich odbyło się 6 lipca 1989 r. Jego przewodniczącym został prof. Jacek Zochowski, a wiceprzewodniczącymi dr Adam Czarnecki, prof. Włodzimierz Józefowicz, dr Jerzy Moskwa, prof. Władysław Nasiłowski.

W Polsce było wtedy 49 województw i 11 uczelni medycznych. Zdecydowano więc, że do czasu zjazdu krajowego komitety organizacyjne izb lekarskich powstaną w ośrodkach akademickich (11) i trzy poza



Fot.: archiwum GI

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

▶ W nowo formujących się izbach najważniejsze było ustalenie ich zasięgu terytorialnego i wybory kandydatur do władz samorządowych



Fot.: archiwum GI

ośrodkami – izby wojskowej, MSW i kolejowej. W książce „Kronika izb lekarskich w Polsce” autorstwa Zygmunta Wiśniewskiego Jerzy Moskwa nazywa ten czas burzliwym i chaotycznym. Nadrzednym celem Komitetu było wówczas sprawne i szybkie przeprowadzenie wyborów do władz poszczególnych izb okręgowych i zorganizowanie krajowego zjazdu. Najwięcej emocji wywołały spory dotyczące właśnie podziału terytorialnego oraz kryterium wyboru delegatów. Jerzy Moskwa wspominał, że często ambicje i emocje brały górę nad rozsądkiem, a spory wynikały ze słabej znajomości istoty samorządu zawodowego. Uspokoić te emocje pomógł list prof. Ewy Łętowskiej, pierwszej rzeczniczki praw obywatelskich, wyjaśniającej, że izby lekarskie to korporacja prawa publicznego, której administracja przekazała część swoich uprawnień. Ten list stał się wówczas dla środowiska lekarskiego drogowskazem, którym posługuje się do dziś.

PIERWSZE KRAJOWE ZJAZDY LEKARZY

W ciągu 35 lat istnienia odrodzonego samorządu lekarskiego ustawa o izbach lekarskich ewoluowała i wciąż ewoluuje. W końcu zmieniają się warunki, w jakich przychodzi pracować lekarzom i działać samorządowi. Niezmiennie w swojej istocie są natomiast krajowe zjazdy lekarzy, które wciąż sprawują rolę nadrzędną nad wszystkim, co się dzieje w okręgowych izbach lekarskich i naczelnej izbie. Zjazdy podsumowują i rozliczają poszczególne kadencje, wprowadzają nowe uchwały, wsłuchują się w głosy delegatów reprezentujących całe środowisko lekarskie i wytyczają nowe kierunki działania. Lekarze są zgodni co do tego, że ten konfrontacyjny charakter zjazdów inspiruje samorząd do wprowadzania zmian. Wnosi świeżość w jego działania i rozwija kreatywność. Jednak w ciągu 35 lat zjazdy różniły się od siebie. Niektóre przeszły do historii samorządu lekarskiego jako spektakularne ze

względu na podejmowane tematy, toczone wokół nich dyskusje i postanowienia. Inne nie zapadły tak wyraźnie w pamięć uczestniczących w nich delegatów.

Najważniejszy dla odradzającego się samorządu lekarskiego był I Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbył się 10-12 grudnia 1989 r. w Warszawie. I to w szczególnym czasie. Wciąż czuło się na plecach oddech lekarzy starego systemu, którzy chcieli uczestniczyć w procesie odrodzenia samorządu i decydować o tym, jak ma on wyglądać. Działacze samorządowi cały czas ich blokowali, zdając sobie sprawę, że na tym zjeździe zapadną bardzo ważne decyzje i uchwały tworzące podwaliny organizacyjne odrodzonej samorządności lekarskiej. A tzw. aparatczycy mogą sporo namieszać. Powstawały okręgowe izby oraz zaplecze administracyjne, dzięki któremu mogły one funkcjonować. I Krajowy Zjazd Lekarzy pokazał, że sprawy samorządu lekarskiego są ściśle powiązane z tym, co dzieje się w kraju, że demokratyzacja zachodzi powoli i nie raz jeszcze przyjdzie pokonywać bariery związane ze starym systemem.

Mimo charyzmy prof. Tadeusza Chruściela, prezesa NRL I kadencji, bardzo trudno było wyegzekwować środki na realizację nowych obowiązków administracyjnych, ustawowo przejętych przez samorząd lekarski od państwa (ustawa o izbach lekarskich nakazywała samorządowi np. przyznawanie i wystawianie lekarzom prawa wykonywania zawodu czy zorganizowanie Centralnego Rejestru Lekarzy). Zatem mimo że I KZL był wydarzeniem historycznym i kluczowym dla funkcjonowania samorządu lekarskiego, nie satysfakcjonował w pełni delegatów.

Prof. Stefan Zgliczyński, przewodniczący Komisji Informacji NRL oraz redaktor Biuletynu NRL I kadencji, uważał, 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 te i inne słowa krytyki było szybkie zwołanie II Krajowego Zjazdu Lekarzy, nazwanego nadzwyczajnym, który odbył się w grudniu 1991 r. w Bielsku-Białej. Jego inicjatorem był Witold Fijałkowski, przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie. Uważał, że 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 przez uchwalenie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Wywołało to burzliwe dyskusje nie tylko wśród lekarzy, ale też polityków, prawników i w mediach.

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 oraz wprowadzaniem instytucji lekarza rodzinnego. Nowym prezesem NRL 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. Nie zdołano jednak wytyczyć programu na kolejną kadencję samorządu, natomiast we wszystkich organach okręgowych izb lekarskich i w gronie delegatów na zjazd doszło do wymiany ponad 50 proc. składów osobowych. Świadczyło to o tym, że samorząd lekarski ulegał transformacji.

POD ZNAKIEM PROTESTÓW PŁACOWYCH I NFZ

IV Krajowy Zjazd Lekarzy (odbył się 11-13 grudnia 1997 r. w Warszawie) był zdominowany przez temat protestów płacowych lekarzy, braku reformy lecznictwa i związanej z tym frustracji środowiska. Doktor Krzysztof Lubecki, delegat z Zielonej Góry, zaznaczył w dyskusji, że na niepowodzenie akcji protestacyjnych ma wpływ brak odpowiedniego prawa, a więc instrumentów umożliwiających negocjowanie warunków pracy i płacy. Jego zdaniem takie możliwości powinna stworzyć 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 zdefiniować, jak będzie wyglądał przyszły model systemu opieki zdrowotnej. O to delegaci chcieli zapytać posłów, senatorów, ministra zdrowia, ale ci nie pojawili się na zjeździe. Delegatka Sabina Kańtoch, lekarka rodzinna z Płocka, podkreśliła w dyskusji, że ocena reformy ochrony zdrowia nie jest najważniejsza, gdyż samorząd zawodowy jej nie przeprowadza. Najistotniejsza jest odpowiedź na pytanie, jak dalej samorząd lekarski ma funkcjonować, mając nadmierne oczekiwania wobec zapowiadanej reformy.

W drugą dekadę działalności odradzający się samorząd lekarski wkroczył VI Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbył się 13-15 grudnia 2001 r. w Warszawie. Prezesurę NRL objął Konstanty Radziwiłł, który sprawował ją przez dwie kadencje. Wydarzenie to zbiegło się z powołaniem w 2002 r. Narodowego Funduszu Zdrowia, za którym stał ówczesny minister zdrowia Mariusz Łapiński. Rząd, zamiast reformy kas chorych, stworzył centralistyczny system zarządzania pieniędzmi, co przez kolejne lata stało się przedmiotem sporów pomiędzy samorządem lekarskim i NFZ.

VI KZL przyjął uchwałę o programie samorządu lekarskiego na lata 2001-2005, w którym znalazły się zapisy dotyczące wprowadzenia zmian w Kodeksie Etyki

Lekarskiej 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 ocena sytuacji w ochronie zdrowia po tzw. okrągłym stole medycznym, przy którym do dyskusji zasiedli samorządowcy i rządzący. Wynik tych rozmów nie zadowalał lekarzy. Potwierdziły się opinie środowiska, że strategia reformowania lecznictwa nie jest spójna z ich oczekiwaniami i nadal wiele problemów czeka na rozwiązanie. Na zjeździe przyjęto jednak zmodyfikowany Kodeks Etyki Lekarskiej. Tym samym zjazd w Toruniu otworzył nowy etap w kształtowaniu poglądów na sprawy etyki.

VIII Krajowy Zjazd Lekarzy zaplanowano na 5-7 stycznia 2006 r. Na obrady zaproszono prof. Zbigniewa Religę, ministra zdrowia w rządzie Kazimierza Marcinkiewicza, który deklarował, 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 Religę. Zjazd zaowocował jednak przyjęciem wielu ważnych uchwał, stanowisk i apeli, które odnosiły się do ówczesnej 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 (odbył się 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 nie było dane nawiązać współpracy, ponieważ cały czas była w kontrze do postulatów stawianych przez lekarzy. Wówczas stało się jasne, że samorządność jest cały czas zagrożona przez działania kolejnych ekip rządzących polityków i nie jest dana lekarzom raz na zawsze.

DEKADA ZMIAN I ODNOWY

X Krajowy Zjazd Lekarzy (28-30 stycznia 2010 r. w Warszawie) przywrócił odnowę. Prezesem NRL po raz pierwszy wybrano lekarza spoza

stolicy. Był nim Maciej Hamankiewicz ze Śląskiej Izby Lekarskiej, który pełnił tę funkcję przez dwie kadencje. Nowy prezes zapowiedział, że będzie zacieśniał współpracę z okręgowymi izbami, gdzie powstaje wiele cennych inicjatyw. Nowe było także podejście do organizacji pracy poprzez wprowadzenie systemu zadaniowego, który miał zaktywizować działaczy samorządowych.

Mimo tych zmian zwiastujących odnowę XI Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy (24-25 lutego 2012 r.) przebiegał już w atmosferze napięcia. Jak bumerang wracał temat pakietu ustaw zdrowotnych Ewy Kopacz, które m.in. zmieniały system kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy oraz kontrowersyjną ustawę refundacyjną, która nakazywała karanie lekarzy za pomoc medyczną nieubezpieczonym. To był zjazd odważnych wystąpień i krytycznych uwag wobec rządzących. Gość zjazdu Otmar Kloiber, wówczas sekretarz generalny Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, ostrzegł, że medycynie zagraża komercjalizacja i zarządzanie z pozycji politycznej. Zaznaczył, że w wielu krajach pojawiły się ataki na samorządność lekarzy ze strony zakładów ubezpieczeń, instytucji finansujących opiekę zdrowotną, agend rządowych, którym chodzi o pozbawienie lekarzy możliwości samoregulowania, a także niezależności klinicznej i zawodowej autonomii. Na zjeździe pojawił się także minister zdrowia Bartosz Arłukowicz, któremu delegaci zadawali pytania, ale jego odpowiedzi nie zadowalały delegatów, gdyż nie pokrywały się z prawdą.

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, a także konieczność zmian w systemie specjalizowania się – to wiodące tematy. W sprawie tajemnicy lekarskiej wskazywano wyrok Trybunału Konstytucyjnego, który mówił jednoznacznie, że stanowi fundament dla wykonywania zawodu lekarza i wykładnię prawną, na którą lekarz może się powołać w codziennej praktyce.

XIV Krajowy Zjazd Lekarzy (25-26 maja 2018 r.) znów przyniósł wiele zmian. Nowym prezesem NRL został prof. Andrzej 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. Prof. Andrzej Matyja w swojej wizji działania zapewniał, że oprócz kontynuacji wcześniej rozpoczętych prac chciałby stworzyć autorską drużynę, która potrafi wykreować coś nowego, co w obecnej, coraz bardziej złożonej samorządowej rzeczywistości będzie się sprawdzać. Na jeździe prof. Matyja przedstawił w 11 punktach priorytety na bieżącą kadencję. Uważał, że głos samorządu musi być bardziej 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.

SAMORZĄD PRZYSZŁOŚCI

XV Krajowy Zjazd Lekarzy (12-14 maja 2022 r.) przyniósł jeszcze więcej zmian, które okazały się rewolucyjne. Prezesem NRL został Łukasz Jankowski, reprezentujący nowe, młode pokolenie lekarzy, które wypłynęło na szerokie wody podczas protestów rezydentów i dało się poznać

m.in. z odważnych i bezkompromisowych działań na rzecz poprawy finansowania lecznictwa (podniesienie odpisu PKB na zdrowie). W samorządzie lekarskim nastąpiła więc zmiana pokoleniowa. Nowy prezes kandydował z programem pod hasłem „Samorząd przyszłości” w którym – jak podkreślał – konieczne będzie wzmacnianie środowiska lekarskiego poprzez rozwój silnego i nowoczesnego, odpowiadającego potrzebom lekarzy samorządu zawodowego. Zapowiadał, że wprowadzi system *no fault* i w trakcie trwania bieżącej kadencji ten kierunek działań stał się dla samorządu lekarskiego priorytetem. Wcześniej Łukasz Jankowski zdobywał szlify jako prezes OIL w Warszawie, gdzie już w części sprawdziły się głoszone przez niego koncepcje samorządu przyszłości dotyczące m.in. właśnie wprowadzenia systemu *no fault*, ale też wzmocnienia pionu odpowiedzialności zawodowej, poprawy wizerunku lekarza i prestiżu zawodu oraz stworzenia w środowisku poczucia wspólnoty i poczucia pewności, że lekarz jest członkiem dobrze funkcjonującego samorządu, na który zawsze może liczyć. Zaprzeczał głosom pojawiającym się w zjazdowych kuluarach, jakoby miał stawiać wyłącznie na młodych, a działacze starszego pokolenia odsuwać od pełnienia funkcji w samorządzie. Na potwierdzenie tych słów wskazał na skład Naczelnej Rady Lekarskiej w obecnej kadencji, gdzie obok młodych działaczy

znalazły się osoby w średnim wieku i starsze. Zapewniał jednocześnie, że chce być prezesem kompromisu, takim, który pokonuje bariery, łączy, a nie dzieli pokolenia, i korzysta z wiedzy działaczy bardziej doświadczonych. Jednym z pomysłów było powołanie przy NRL pełnomocnika ds. lekarzy z niepełnosprawnościami, którzy wielokrotnie zgłaszali problemy z dostępnością do wykonywania zawodu, spotykali się z ostracyzmem i niechęcią ze strony pracodawców.

Nowy prezes uważa, że w samorządzie wciąż tkwi niewykorzystany potencjał, często ukryty, szczególnie w okręgowych izbach lekarskich, i trzeba go odkrywać. Przekonywał też, że istnieje konieczność dostosowywania się do wyzwań, które przynosi codzienność i przyszłość, ale to wymaga współpracy, zaangażowania i uważnego wsłuchiwanie się w głosy lekarzy. Ile z tych zamierzeń udało się Łukaszowi Jankowskiemu zrealizować w czasie dwóch lat prezesury? Kiedy ten jubileuszowy numer „Gazety Lekarskiej” trafi w Państwa ręce, właśnie będzie się odbywał XVI Krajowy Zjazd Lekarzy, który podsumuje i rozliczy trwającą kadencję. Jak się potoczy, co nowego wniesie, z jakim bagażem i pomysłami wystartuje w nową? A z jakim przejdzie do historii? Zobaczmy. ●

Źródła: Z. Wiśniewski, „Lekarze i izby lekarskie w Drugiej Rzeczypospolitej”; Z. Wiśniewski, „Kronika izb lekarskich w Polsce w latach 1945-2005”; Z. Wiśniewski, „Kronika izb lekarskich w Polsce 2005-2009 – kontynuacja”

reklama

ECI ŁÓDŹ NCKF
NARODOWE CENTRUM
KULTURY FILMOWEJ

WYSTAWA KINO POLONIA

Pasjonująca podróż przez
120 lat historii polskiej kinematografii



50 projekcji
filmowych



50 stanowisk
interaktywnych



5 unikalnych
instalacji
multimedialnych



5 godzin
wyjątkowego
materiału filmowego

www.nckf.pl



POCZET PREZESÓW NRL

Potrzebujemy znaku

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Idąc na spotkanie z kolejnymi politykami kierującymi Ministerstwem Zdrowia, nie możemy mieć poczucia, że celem jest wspólne zdjęcie. Musimy zobaczyć, a nie tylko słyszeć, że sprawy, które dla nas są nie tylko ważne, ale wręcz fundamentalne, idą we właściwym kierunku – mówi Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej IX kadencji.

Wtym roku mija 35 lat od uchwalenia ustawy o izbach lekarskich, która stała się podstawą odrodzenia samorządu lekarskiego. I 15 lat od uchwalenia ustawy, która obowiązuje w tej chwili. Dlaczego lekarze potrzebują samorządu? Prawdę mówiąc, myślałem, że w 2024 r. nikt już nie zada tego pytania. Że dla wszystkich jest to wręcz oczywiste po tym, jak minister sprawiedliwości w poprzednim rządzie chciał, by Trybunał Konstytucyjny de facto poгрzebał samorząd lekarski w jego obecnym kształcie, wprowadzając możliwość multiplikacji izb lekarskich w myśl zasady „dla każdego coś miłego”. A to przecież tylko jeden z przykładów działań wymierzonych w naszą samorządność, bo były zakusy i na pion odpowiedzialności zawodowej, i na osłabienie głosu samorządu w debacie publicznej.

Myślę, że wszyscy lekarze dzisiaj widzą, o co toczy się gra i jak mógłby wyglądać nasz lekarski świat, gdyby nie było samorządności.

Ile razy w ciągu tych ostatnich lat obawiał się pan, czy samorząd lekarski przetrwa?

Dwa razy. Wtedy, gdy w czasie pandemii pojawiły się naciski na samorząd, na pion odpowiedzialności zawodowej, ale też fizyczne ataki na izby lekarskie. Zmagaliśmy się m.in. ze wzmożonym hejtem środowisk antyszczepionkowych. I wtedy, gdy kilka miesięcy przed wyborami wiedzieliśmy, że w resorcie sprawiedliwości przyspieszyły prace nad wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego Julii Przyłębskiej o zbadanie zgodności z konstytucją ustawy o izbach lekarskich.

Gdyby wybory potoczyły się inaczej, zapewne stanęlibyśmy przez perspektywą likwidacji samorządu lekarskiego w tej formule, choć jestem pewny, że środowisko lekarskie by się nie poddało i walczyło o swoją reprezentację jako zawód zaufania publicznego.

Bo warto podkreślić, że izby nie są dobrem, wartością samą w sobie – choć jesteśmy do nich przywiązani. To ciągle tylko narzędzie. I to narzędzie można zmieniać, udoskonalać, modyfikować. Ważne, że je mamy. Że możemy walczyć o nasze sprawy, o nasze – nie boję się tego słowa, bo nie ma w nim niczego złego – interesy.

Dziś realia się zmieniły. Samorząd jest potrzebny nie tylko po to, by bronić lekarzy, ale by poprawiać jakość ich funkcjonowania zawodowego. Nasze cele na najbliższe lata to system *no fault*, który nazwywamy klauzulą wyższego dobra, doprowadzenie do pożądaných przez środowisko zmian w zasadach refundacji leków, odciążenie lekarzy z obowiązku określania poziomu odpłatności za leki i zatrzymanie, jeśli nie odwrócenie, procesu dewastacji kształcenia lekarzy.

Ale ostatnie lata pokazały nam również, że w naszym interesie jest sama samorządność. Chyba wszyscy przekonaliśmy się, w jak trudnej sytuacji byłiby lekarze, gdyby jej nie było, mając naprzeciw siebie wyrastające jak grzyby po deszczu w prokuraturach komórki do spraw rzekomych błędów

medycznych czy ministra sprawiedliwości, który nie ukrywał ambicji „wzięcia się” za lekarzy. Oddychamy z ulgą po dobrych kilku latach, ale mamy świadomość, że historia lubi się powtarzać.

Co martwi dziś w kontekście samorządności lekarskiej?

Powodem do zmartwień jest wprowadzenie do systemu lekarzy dwóch prędkości. A konkretnie: pojawienie się grupy osób, które pracują jako lekarze, ale poza samorządem lekarskim. Mówimy o osobach spoza UE, które otrzymały od Ministerstwa Zdrowia zgodę na podjęcie pracy w zawodzie lekarza w Polsce. To oczywiście wydarzyło się już kilka lat temu podczas pandemii i związane było z tą wyjątkową sytuacją, natomiast niepokoi do dziś, bo nie mamy wcale jednoznacznych sygnałów, że obecny rząd chciałby uzdrowić tę chorą sytuację. W efekcie rola samorządu jest faktycznie umniejszona – nie mamy możliwości reagować nawet w przypadkach zdecydowanie tego wymagających.

A może jest tak, że każdemu rządowi byłoby na rękę, gdyby samorządu lekarskiego nie było albo gdyby był on fasadowy? Mamy, co prawda, do konstytucji wpisane zasady samorządności, która dotyczy nie tylko samorządów terytorialnych, ale również zawodów zaufania publicznego, ale o ileż łatwiejsze byłoby zarządzanie,

gdyby Ministerstwo Zdrowia – wzorem Korei Południowej, w której trwają właśnie ogromne protesty lekarzy – mogło zawiesić licencję czy zagrozić jej odebraniem niepokornym?

Niewątpliwie byłoby to z punktu widzenia urzędników czy polityków komfortowe, móc jedną decyzją przesądzić o śmierci zawodowej lekarza.

Więc może też na tę sytuację z lekarzami spoza UE czy potencjalnymi lekarzami wykształconymi w szkołach, których prawo do prowadzenia kierunku lekarskiego kwestionuje samorząd, można czy należy patrzeć w ten sposób: im więcej osób tylko Ministerstwu Zdrowia zawdzięcza możliwość pracy, znalezienia zatrudnienia, tym mniejsza będzie koherentność środowiska lekarskiego? Amen. W samo sedno.

Mogę tylko dodać, że odkąd jestem w samorządzie lekarskim, najpierw jako członek rady OIL w Warszawie, potem jako prezes tej izby i członek NRL, teraz jako prezes samorządu lekarskiego, z całą odpowiedzialnością mogę stwierdzić, że żaden z ministrów, żaden z rządów nie miał pomysłu na realną współpracę z samorządem. Oczywiście, na początku urzędowania każdego z ministrów była pełna kurtuazja, spotkania, wizyty w Naczelnej Izbie Lekarskiej, a potem samo życie. Nawet gdy minister nie tylko wywodził się z samorządu lekarskiego, bo każdy lekarz jest przecież członkiem samorządu, ale również wtedy, gdy przez lata był jednym z jego kluczowych działaczy i prezesem. Nawet wtedy. Było to bardzo widoczne podczas urzędowania Konstantego Radziwiłła, samorząd nie był postrzegany jako partner, a jako najpierw rywal, potem – przeciwnik. Każda krytyczna opinia pozycjonowała samorząd po drugiej stronie barykady. To też sprawia, że po stronie samorządu jest, przynajmniej, raczej nastawienie do zajmowania pozycji krytycznego, merytorycznego recenzenta niż poszukiwania formuły współpracy.

Ministerstwo i politycy nie potrafia skorzystać z naszych merytorycznych uwag. Ich zgłaszanie nasila przedziwne reakcje: groźby, insynuacje. Przykłady z ostatnich lat można mnożyć. Efekt jest dla polityków jednoznacznie negatywny. Młodzi lekarze, ankietyowani pod kątem postaw wobec potencjalnej emigracji, wskazują stosunek rządu do naszej grupy zawodowej i ten odgórnny hejt jako jeden z najważniejszych argumentów za wyjazdem.



foto: archiwum NIL

Pamiętam, ale to naprawdę zamierzchnia przeszłość, dwoje ministrów, którzy nie szli na zwanie z samorządem, choć wcale nie mieli łatwej sytuacji. Franciszka Cegielska i Zbigniew Religa, być może z powodu swojej mocnej pozycji politycznej, niepodważalnego autorytetu i dorobku, nie czuli się zmuszeni do sięgania po takie dwuznaczne sposoby zwiększania swojej sprawczości. Nawet trudne komunikaty były w stanie formułować wprost, nie unikali konfliktów, wszystko odbywało się w atmosferze fair play. Ale od długiego już czasu ta gra, relacje między ministerstwem a środowiskiem lekarskim i samorządem, rządzą się innymi prawami. Można to zmienić?

Ciągle jestem przekonany, że lekarze są w stanie zaufać ministerstwu, ale potrzebujemy znaku. Sygnału, że jesteście słyszani, słuchani i rozumiani. Musimy zobaczyć, a nie tylko słyszeć, że sprawy, które dla nas są nie tylko ważne, ale wręcz fundamentalne, idą we właściwym kierunku. Część naszych postulatów to ogromne wyzwania, nie oczekiwaliśmy wprowadzenia systemu *no fault* z dnia na dzień. Ale choćby uwolnienia lekarzy od kar za tzw. nie-należną refundację w przypadkach niebudzących żadnych wątpliwości,

że lekarz wystawił recepty, kierując się aktualną wiedzą medyczną i dobrem pacjenta. Nie wymaga to ani wielkiego wysiłku, ani czasu. Nie możemy mieć poczucia, mówiąc bardzo wprost, idąc na spotkanie z kolejnymi politykami kierującymi Ministerstwem Zdrowia, że celem jest wspólne zdjęcie, które zostanie opublikowane w mediach społecznościowych i będzie stanowić dowód na prowadzenie dialogu.

Muszę powiedzieć, że pokolenie lekarzy, z którego się wywodzę, 35-45 lat, ma już wręcz w DNA przekonanie, że Ministerstwo Zdrowia sobie z nami pogrywa. Tu nawet trudno mówić o poważnej grze, w której od czasu do czasu zdarza się mniej lub bardziej umyślny faul.

Myślę, że również starsi mogą się pod tym podpisać.

To prawda. Międzypokoleniowym doświadczeniem jest też pewność, że jeśli chcemy coś zyskać, musimy protestować.

W 2016 r. ówczesny minister zdrowia Konstanty Radziwiłł jako gość Krajowego Zjazdu Lekarzy przekonywał, że warto pochylić się nad nowelizacją ustawy o izbach lekarskich. Jako członek rządu miał gwarantować, że w procesie legislacyjnym nie będzie „niespodzianek” niekorzystnych dla lekarzy. Po kilkunastu miesiącach minister odszedł, a temat zmian w ustawie o izbach pozostał, pojawiając się na przykład w trakcie prac osławionego zespołu parlamentarnego, który w poprzedniej kadencji badał funkcjonowanie izb lekarskich. Wiemy, jak część polityków chciałaby zmieniać ustawę o izbach. Ale co – i czy w ogóle cokolwiek – chciałby w niej zmienić samorząd?

Pojawiają się pomysły, przede wszystkim ze strony pionu odpowiedzialności zawodowej, żeby znowelizować konkretne przepisy regulujące ten obszar. Myślę jednak, że dziś mamy tyle problemów zewnętrznych, że samorząd nie powinien zajmować się sam sobą. Musimy się mierzyć z zakusami na naszą pozycję w systemie, próbami ograniczania naszych kompetencji czy marginalizowania roli lekarza,

pogarszaniem jakości kształcenia. Jest naprawdę cała długa lista wyzwań.

Zatrzymajmy się przy tych kompetencjach. Stan rzeczy jest taki: lekarzy nie jest dramatycznie mało, bo wskaźnik jest na poziomie unijnej średniej. Ale wiadomo, że zmierzamy w kierunku podwójnego wybuchu bomby demograficznej. Z jednej strony społeczeństwo się starzeje, z drugiej – starzeją się kadry lekarskie i rośnie luka pokoleniowa. Dziś nie, ale w perspektywie dekady, może kilkunastu lat, lekarzy będzie za mało, bo między bajki można włożyć przekaz Ministerstwa Zdrowia o spodziewanej nadpodaży lekarzy. Gdy do tego dodamy wyraźnie mniejszą gotowość młodszych lekarzy do pracy na dwóch, trzech etatach i zapewne również do kontynuowania pracy długo poza wiekiem emerytalnym, co w tej chwili jest normą, braki kadrowe widać jak na dłoni. Ekspertci mówią: skill-mix. Niech kompetencje lekarzy, częściowo oczywiście, przejmują inne zawody. Niech lekarzy odciążą na przykład farmaceutyci. Pan mówi o zabieraniu kompetencji i o zamachu na pozycję lekarza w systemie. Dlaczego?

Bo ta dyskusja o przesuwaniu kompetencji jest wszczynana w fatalnym momencie.

A nie ma pan wrażenia, że ona trwa w ogóle bez was?

To również jest problem. Pamiętajmy, że dopiero co wyszliśmy z pandemii, w trakcie której bardzo duża część lekarzy dawała z siebie wszystko. Pandemia jeszcze trwała, gdy staliśmy się obiektem politycznych, centralnych ataków, a zawód lekarza bez zgody samorządu, również poza nami, stał się przedmiotem różnego rodzaju decyzji czy przymiarek, żeby wspomnieć skrócenie czasu specjalizacji, zapowiedzi likwidacji stażu. Degradacji kształcenia studentów towarzyszyły niemal wprost sformułowane tezy, że gdy przybędzie lekarzy w systemie, skończy się rynek pracownika i wróci „równowaga”, czyli to podmioty lecznicze będą dyktować warunki pracy. A teraz, bezpośrednio po wyjściu z tamtego dość jednak ciemnego tunelu, zderzamy się z przymiarkami do odebrania nam części kompetencji. Tego jest po prostu za dużo. Trudno się dziwić, że lekarze reagują bardzo źle.

Wróć do tego, co mówiłem wcześniej: gdybyśmy byli traktowani jak partnerzy, gdybyśmy nie czuli tego „pogrywania” ze

strony polityków, zapewne i rozmowa o kompetencjach – gdybyśmy zostali do niej zaproszeni – byłaby inna.

Więc zły moment i zły sposób prowadzenia rozmowy?

Dokładnie tak. My zresztą patrzyliśmy na ten temat z dużym dystansem. Przez wiele lat mówiono, że kompetencje lekarzy mają przejmować pielęgniarki. Przepraszam, kto? Te pielęgniarki, których w systemie brakuje drastycznie bardziej niż lekarzy już w tej chwili? I które mają jeszcze większy problem demograficzny niż lekarze?

Jesteśmy naprawdę zdumieni, że ktoś może się dziwić niechętnym reakcją naszego środowiska na ów – reklamowany przez ekspertów jako panaceum na bolączki – system skill-mix. Lekarzy się osłabia, wprost komunikując, że wpuszczenie na rynek słabej jakościowo konkurencji zmniejszy wartość naszej pracy, a potem oczekuje entuzjazmu na pomysł pozabawienia nas kompetencji. Interpretujemy to jako chęć zmniejszenia roli naszego zawodu w systemie. Opór środowiska mnie nie dziwi. Choć niekiedy zaskakuje jego rozmiar, bo przyznaje, że są obszary, w których lekarze spokojnie mogliby podzielić się kompetencjami z innymi zawodami medycznymi.

Wybiegnijmy w przyszłość, może z nadzieją na nutę optymizmu. Jakie są perspektywy samorządu lekarskiego w ciągu, powiedzmy, dekady?

Na pewno na poziomie izb okręgowych coraz większe znaczenie będzie mieć działalność pomocowa, opiekuńcza wręcz. To naturalna konsekwencja zmian demograficznych w naszym zawodzie. Musimy pamiętać, że na emeryturę przechodzą – i jeszcze przez pewien czas będą przechodzić – lekarze, którzy obiektywnie zarabiali mało lub bardzo mało. I oni będą potrzebowali naszego wsparcia, również finansowego.

Z drugiej strony izby okręgowe staną się w jeszcze większym stopniu miejscem integracji środowiska, również najmłodszych roczników lekarzy. Miejscem, gdzie

ci ostatni będą niejako wprowadzani do zawodu.

Na szczeblu centralnym spodziewam się – nie do końca wiem, czy brzmi to optymistycznie – dalszej walki o zdefiniowanie roli lekarza w systemie. Jako izba budujemy przekaz triady: pacjent przyszłości, lekarz przyszłości i system przyszłości. Już jesteśmy świadkami tego, jak zmieniają się oczekiwania wobec lekarzy, ale też jak zmienia się postrzeganie naszego zawodu. Pacjenci są coraz bardziej świadomi, że lekarze to nie bogowie, tylko profesjonalisci, którzy świadczą pracę w systemie ochrony zdrowia. Powinni to robić z najwyższą kulturą i zaangażowaniem, ale to również ludzie.

Myślę, że zmieni się relacja między lekarzem a pacjentem. Stanie się bardziej indywidualna. Z drugiej strony w znacznie większym niż obecnie stopniu będzie uwzględniać nowoczesne technologie. Jako samorząd będziemy musieli pilnować, by nie poszło to za daleko.

To znaczy?

Lekarz nie może zostać sprawdzony do roli nadzorca systemu komputerowego, nie może stać się operatorem systemu. Będziemy musieli pilnować takich rozwiązań, również w sferze legislacji, które z jednej strony będą nadążać za postępem technologicznym, z drugiej zaś nie sprowadzą zawodu lekarza do funkcji technicznego menedżera zdrowia pacjentów. Myślę, że w następnych dziesięciu latach samorząd ciągle będzie miejscem dyskusji o systemie ochrony zdrowia. Nie damy się zepchnąć na margines, bo nasz głos mocno rezonuje w opinii publicznej, również w mediach. Nie udało się nas zmarginalizować w ciągu ostatnich kilku lat, nie uda się i w kolejnej dekadzie. Będziemy słyszalni, natomiast otwarte jest pytanie, co samorząd, co środowisko lekarskie z tym swoim mocnym głosem zrobi. •

Autorka jest dziennikarką portalu Medycyna Praktyczna i miesięcznika „Służba Zdrowia”

POCZET PREZESÓW NRL

Nie można tak po prostu powiedzieć „do widzenia!”

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Choć lekarze często stawali na czele Ministerstwa Zdrowia, znali środowisko i jego potrzeby, to szczególnych osiągnięć nie mieli – mówi prof. Andrzej Matyja, prezes NRL VIII kadencji (2018-2022).

Kilka miesięcy temu odszedł Pan ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie na emeryturę. Jakże ma Pan plany na kolejne lata?

Jestem nadal aktywny zawodowo jako lekarz i mentor oraz społecznie jako ekspert i doradca. Możliwość dzielenia się wiedzą i doświadczeniem daje mi ogromną satysfakcję, dlatego w przyszłości chcę to kontynuować.

Trudniej być chirurgiem czy szefem samorządu lekarskiego?

I chirurgia, i praca dla samorządu dają wiele powodów do satysfakcji, choć nie zawsze bywa słodko. Chirurgia to moja życiowa pasja, ale zawsze miałem wewnętrzną potrzebę łączenia pracy zawodowej z działalnością społeczną na rzecz środowiska lekarskiego i robię to od czasu reaktywowania naszego samorządu.

Trudno porównywać te dwie role według stopnia trudności. I tu, i tu są wyzwania, są podobieństwa i różnice. W obu konieczna jest praca zespołowa i gotowość do współpracy, z tym że na sali operacyjnej operator musi szybko podejmować decyzje, nie ma czasu na dyskusje i negocjacje, trzeba polegać na swojej wiedzy i doświadczeniu. Działania w sferze publicznej wymagają cierpliwości, dyskusji, umiejętności negocjacyjnych i poszukiwania konsensu. Tu nie ma rozwiązań zero-jedynkowych.

Największy Pański sukces jako prezesa NRL to...

Trudno mówić o moim osobistym sukcesie, bo to raczej efekt pracy zespołowej. Było wiele przeszkód i komplikacji, ale

nie brakło mi determinacji, by walczyć o nasze sprawy. Do sukcesów VIII kadencji bez wątpienia można zaliczyć naszą samoorganizację i wsparcie lekarzy i lekarzy dentystów w czasie pandemii.

Kiedy rządowe magazyny rezerw materiałowych okazały się puste, dzięki darczyńcom zorganizowaliśmy gigantyczny zakup i dystrybucję środków ochrony indywidualnej. Była to pierwsza tego rodzaju akcja w historii samorządu lekarskiego. To wyjątkowe doświadczenie wkrótce przyszło nam wykorzystać przy organizacji pomocy dla walczącej Ukrainy.

Od wiosny 2020 r. między resortem zdrowia i samorządem lekarskim sytuacja stała się bardzo napięta.

Po ogłoszeniu pandemii sprzeciwialiśmy się regulacjom naruszającym prawa obywatelskie lekarzy oraz walczyliśmy o zmianę nieracjonalnych przepisów ograniczających prawa pacjentów w dostępie do leczenia, testów i szczepień. Propozycje NRL rzadko akceptował minister Łukasz Szumowski i jego następcy, minister Adam Niedzielski.

I choć nie wszystko udało się wywalczyć, to czas pokazał, że mieliśmy rację i wielu nieszcześciom można by zapobiec, gdyby decydenci byli otwarci na dialog. Na szczęście w tamtym czasie

nasza aktywność – także ekspercka w ramach utworzonego przy NIL Forum Naukowego – sprawiła, że wyszliśmy ze środowiskowej bańki, co wpłynęło na wzmocnienie prestiżu lekarzy w opinii społecznej.

Ważną osią sporu była liberalizacja dostępu do zawodu. Mimo wpływu kilku lat to wciąż budzi emocje.

Ostrzegaliśmy przed felerizacją naszego zawodu, stawianiem na ilość, a nie jakość kadr medycznych, przestrzegaliśmy przed dopuszczeniem do zawodu obcokrajowców bez odpowiednich kwalifikacji i znajomości języka polskiego. Walczyliśmy z błędną polityką rządu w kwestii kształcenia, która umożliwiała tworzenie uczelni medycznych bez odpowiedniego zaplecza kadrowego, infrastrukturalnego i tradycji akademickich.

Były też batalie z innymi resortami, zwłaszcza Ministerstwem Sprawiedliwości.

Kilka lat temu musieliśmy stawić czoła bardziej lub mniej zakamuflowanym próbom ograniczania autonomii samorządów zawodowych. Sukcesem było zintegrowanie środowiska medycznego i solidarny sprzeciw wobec degradacji publicznej ochrony zdrowia. Obronił się przed skutkami wewnętrznych konfliktów środowiskowych prowokowanych przez

rzządzających, chociażby na tle regulacji covidowych czy wynagrodzeń. Skutecznie nagłaśnialiśmy skandaliczne zmiany w Kodeksie karnym i pogłębiającą się penalizację naszego zawodu. Przypomnę, że przedstawiliśmy dojrzałe propozycje zmian legislacyjnych dotyczących modelu *no fault*, usunięcia niekorzystnych zmian w Kodeksie karnym czy ustawy o biegłych sądowych. Poza tym oczywiście nie zaniedbywaliśmy spraw samorządowych.

Jakiś przykład?

Powstał chociażby fundusz stypendialny dla młodych lekarzy. Koleżanki i koledzy szykanowani przez ruchy antyszczepionkowe czy nieprzychylnie media mogli liczyć na nasze wsparcie, którego nie otrzymywali od odpowiednich organów państwa. Sukcesem zakończyły się starania NIL o renty specjalne dla rodzin lekarzy i lekarzy dentyków zmarłych z powodu COVID-19.

Dumny jestem z tego, że mimo wyjątkowo niesprzyjających warunków w czasie pandemii zrealizowaliśmy uchwały Krajowego Zjazdu Lekarzy, w tym tę dotyczącą nowej siedziby. Do dotychczasowej powierzchni przy ul. Sobieskiego w Warszawie dokupiliśmy ok. 800 mkw. Dzięki temu mogliśmy przebudować i unowocześnić pomieszczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Ośrodka Doskonalenia Zawodowego (który obecnie rozwija się jako Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia).

W sumie ta inwestycja pochłonięła tylko część zaplanowanego budżetu, a powstała rezerwa zamierzaliśmy przeznaczyć na działania pomocowe dla członków naszego samorządu. Mam wielką satysfakcję, że VIII kadencję zamknęliśmy z bardzo dobrym wynikiem finansowym bez podwyższenia składki. Stworzyliśmy solidną bazę do dalszych aktywności samorządu, które obserwuję z zainteresowaniem.

Czy obecnie Polska poradziłaby sobie lepiej z wyzwaniem w obszarze chorób zakaźnych niż kilka lat temu?

Zgadzam się z oceną Najwyższej Izby Kontroli, że działania podejmowane przez organy i instytucje państwa w czasie pandemii były chaotyczne, a plany okazały się nieaktualne

i niespójne. Nie mieliśmy wystarczających zasobów i mam na myśli nie tylko brak sprzętu i materiałów ochronnych.

Lista zastrzeżeń wobec działań Ministerstwa Zdrowia w latach 2020-2021 jest bardzo długa. Długa jest też lista propozycji zmian. Nie wolno ich zignorować. Poprzednia ekipa rządowa nie zdążyła wiele zrobić w tym obszarze, a nowa nie miała jeszcze dostatecznie dużo czasu, by wykazać się sukcesami. Nie możemy jednak marnować czasu, bo trzeba stworzyć odporny na kryzysy system ochrony zdrowia.

Czy jest on przygotowany na wybuch konfliktu zbrojnego, choćby o ograniczonej skali?

Medycyna pola walki ma swoją specyfikę i znacznie odbiega od tej, z którą mamy do czynienia w codziennej praktyce, m.in. ze względu na charakter obrażeń. Wiem, że nasi specjaliści korzystają z doświadczeń ukraińskich i na ich podstawie modyfikują istniejące lub tworzą nowe zasady i procedury związane z zabezpieczeniem medycznym i udzielaniem pomocy w razie wybuchu konfliktu zbrojnego. Jestem przekonany, że toczą się intensywne prace z udziałem specjalistów z Wojskowego Instytutu Medycznego obejmujące m.in. personel medyczny i niemedyczny, przygotowanie do udzielania pomocy cywilom, wojskowym czy uchodźcom. Niestety wiele mówi się o braku schronów czy braku systemu obrony cywilnej, a wiedza i umiejętności z zakresu pomocy przedmedycznej w naszym społeczeństwie są skromne. Pamiętajmy też o braku kadr medycznych – lekarzy i pielęgniarek...

...co jest bolączką już teraz.

Niestety tak. Mamy dramatyczną sytuację, jeśli chodzi o niedobór chirurgów (średnia wieku to 59 lat) i nie zanoszą się na poprawę sytuacji w najbliższym czasie, ponieważ młodzież lekarska nie garnie się do tej specjalizacji. To skutek m.in. zaostżanej przez poprzednią ekipę rządową penalizacji naszego zawodu.

O ile nad bezpieczeństwem lekowym i zapewnieniem ciągłości łańcuchów dostaw udaje się zapanować, również dzięki współpracy w ramach UE, o tyle niedoboru kadr medycznych, w tym liczby zabiegowców czy zakaźników, nie uda się szybko zwiększyć bez zmian legislacyjnych i dodatkowych zachęt systemowych.

Dał się Pan poznać jako dość surowy recenzent krajowego systemu ochrony zdrowia. Czy obecnie jest gorzej niż w 2018 r., gdy stanął Pan na czele NRL?

Jeśli chodzi o kadry, to jest gorzej. Starzejemy się, brakuje specjalistów, luka generacyjna bardzo wolno się zmniejsza. Wynagrodzenia wprawdzie wzrosły, ale ich struktura budzi duże zastrzeżenia. Nadal lekarze są ponad miarę obciążeni obowiązkami biurokratycznymi, nie mają wsparcia w postaci sekretarek czy sekretarzy medycznych, brakuje im czasu dla pacjenta, są wypaleni zawodowo, a młodszy nie tak rzadko decydują się na emigrację.

Wprawdzie rosną nominalne nakłady na ochronę zdrowia, ale zadłużenie szpitali powiększa się, poziom satysfakcji pacjentów jest nadal bardzo niski, kolejki nie są krótsze, a udział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia jest jednym z najwyższych w UE. Rosną nierówności w dostępie do opieki medycznej.

Tymczasem społeczeństwo starzeje się, jest w coraz gorszej kondycji m.in. z powodu pandemii czy zanieczyszczenia środowiska. Niepokojąco szerzą się teorie pseudomedyczne i ruchy antyszczepionkowe, czemu sprzyja dynamiczny rozwój mediów społecznościowych, jaki dokonał się w ciągu ostatnich lat. Mamy też ogromny kryzys zaufania społecznego.

A gdzie w ostatnich latach da się zaobserwować największy postęp?

Jako zmianę na plus wymienić trzeba cyfryzację, wprowadzenie e-recepty, e-skierowań, Internetowego Konta Pacjenta, rozwój

telemedycyny, aplikacji mobilnych wspierających pacjentów i lekarzy. W publicznej ochronie zdrowia cyfryzacja postępuje jednak zbyt wolno. Brakuje integracji systemów, interoperacyjności, nie są dostatecznie wykorzystane możliwości, które daje informatyzacja, np. lekarz nie ma dostępu do pełnej historii leczenia pacjenta, brakuje elektronicznej rezerwacji, przypominania o wizytach oraz możliwości ich odwoływania, a to usprawniałyby organizację i poprawiało dostępność.

W ostatnich latach skróciła się długość życia w naszym kraju, ale myślę, że jednocześnie można zaobserwować coraz większą świadomość zdrowotną Polaków, większą skłonność do korzystania z programów profilaktycznych i rosnące poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie. Przyczyniła się do tego pandemia i pogarszająca się dostępność do lekarzy, ale ta z kolei wpływa na coraz częstsze samoleczenie, nadużywanie leków oraz suplementów, często zgbne korzystanie z porad pseudomedyków.

Gdyby otrzymał Pan możliwość zmiany jednej sprawy, jednej konkretnej kwestii, to co by to było?

Problemów jest bardzo wiele, ale jeśli miałbym wskazać tylko jedną sprawę, byłoby to urealnienie wyceny procedur z jednoczesnym „odwracaniem” piramidy świadczeń – zwiększeniem roli opieki ambulatoryjnej, jedno-dniowych świadczeń szpitalnych, podstawowej diagnostyki, kontynuacji leczenia poszpitalnego w AOS i POZ. Zwiększenie finansowania powinno brać pod uwagę m.in. zapewnienie środków na personel wspierający i cyfryzację, tak by odciążyć lekarzy od nadmiernej biurokracji i pozwolić im skupić się na pacjentach.

Od wielu lat samorząd apeluje o radykalny wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Czy 10 proc. PKB w 2030 r. to marzenie ściętej głowy?

Myślę, że powinniśmy orientować się nie tyle na tę konkretną wielkość w 2030 r., bo sytuacja jest dynamiczna i peleton może nam stale uciekać, ile wiążąco określić ścieżkę szybkiego dojścia do poziomu nakładów zbliżonych do czołówki UE. Nie będzie to łatwe ze względu na rosnące wydatki na zbrojenia, choć warto podkreślić, że sprawny system ochrony zdrowia



foto: archiwum GI

to ważny element bezpieczeństwa kraju i odporności na różne zagrożenia. Sama wielkość wydatków na ochronę zdrowia i ich udział w PKB to za mało – trzeba brać pod uwagę strukturę nakładów, efektywność ich wykorzystania, a także efekty zdrowotne, jakie powinny być uzyskane.

Od kilku lat lekarzy kształcą uczelnie niemające wiele wspólnego z medycyną. Czy rząd Donalda Tuska odwróci decyzje ministra Przemysława Czarnka?

O ile wiem, resorty nauki i szkolnictwa wyższego oraz zdrowia pracują nad stosownymi rozwiązaniami. Nie sądzę, aby w obecnej sytuacji można było jednym podpisem reformę „odwrócić”. Trzeba brać pod uwagę sytuację młodzieży oszukanej przez państwo, które wprowadziło szkodliwe rozwiązania. Nie można tym młodym ludziom tak po prostu powiedzieć „do widzenia!”.

Obecna szefowa resortu zdrowia, Izabela Leszczyna, ukończyła filologię polską. Za Pańskich czasów samorząd często „wytykał” ministrowi Adamowi Niedzielskiemu, że przez to, iż jest ekonomistą, nie rozumie specyfiki pracy medyków. Nie ma Pan teraz podobnych obaw?

Uważałem i uważam, że formalne wykształcenie nie jest tu najważniejsze. Przypomnę, że Franciszka Cegielska [szefowa resortu w latach 1999-2000 – przyp. red.] była raczej dobrze ocenianym ministrem zdrowia i mimo wykształcenia politechnicznego potrafiła odnaleźć się w tej roli. Kluczowe znaczenie ma m.in. osobowość, umiejętność współpracy, otwartość na argumenty, dobór kompetentnych współpracowników dobrze znających specyfikę sektora. Liczy się także silne umocowanie w strukturze rządu.

W ostatnich trzech dekadach lekarze często stawali na czele Ministerstwa Zdrowia i choć znali środowisko i jego potrzeby, to szczególnych osiągnięć nie mieli. Myślę, że obecnie współpraca między organami samorządu lekarskiego a resortem może przebiegać w lepszej atmosferze niż w czasie mojej kadencji.

Dlaczego?

Z powodu fundamentalnych różnic ideowych między poprzednią koalicją rządzącą a obecną. My zderzaliśmy się z wizją państwa scentralizowanego, w którym samorząd zawodowy chętnie zredukowano by do roli fasadowej, a może wręcz zlikwidowano. W oparciu o zasadę „dziel i rządź” różnicowano środowisko medyczne, Kodeks karny coraz bardziej wpływał na pracę lekarza, a proces legislacyjny stawał się karykaturalny – wystarczy przypomnieć ultraszybkie „wrzutki” odnoszące się do ochrony zdrowia, dopisywane do projektów ustaw z zupełnie innych obszarów.

Tak było chociażby z dopuszczeniem do zawodu osób spoza UE z niezwyfikowanymi kwalifikacjami i bez dostatecznej znajomości języka polskiego. Z efektami takich działań będziemy się jeszcze długo borykać. Mam nadzieję, że w przyszłości z podobnymi patologiami nie będziemy już mieć do czynienia, a w procesie stanowienia prawa środowisko lekarskie zostanie potraktowane po partnersku. ●

POCZET PREZESÓW NRL

Ochrona zdrowia jest upolityczniona

MARIUSZ TOMCZAK

Nawet legendarny profesor Zbigniew Religa jako minister zdrowia nie podejmował wszystkich decyzji po linii samorządu lekarskiego – mówi dr n. med. Maciej Hamankiewicz, prezes NRL VI i VII kadencji (2010-2018).

Rozmawiamy kilkadziesiąt godzin po tym, gdy wrócił Pan z Japonii. Jak tam jest?

Nieprawdopodobnie czysto. Brakuje koszy na śmieci, a mimo to na ulicach nie widziałem żadnych odpadków, nawet niedopałków papierosów. W czasie pobytu musiałem skorzystać z tamtejszej opieki zdrowotnej. W aptece nie chciano mi sprzedać leku, mimo że pokazywałem moje prawo wykonywania zawodu. Wizyta w placówce opieki podstawowej, przynajmniej tej, w której byłem, wyglądała podobnie jak w Polsce.

To jaskrawy kontrast w porównaniu z tym, co rok temu zobaczyłem w jednym ze szpitali klinicznych w Izraelu. Spędziłem tam prawie pół doby, towarzysząc jednemu z pielgrzymów. Byłem zszokowany, jak źle można traktować osoby z zagrożeniem życia w szpitalnym oddziale ratunkowym. Wielu polskich pacjentów zmieniłoby perspektywę, widząc, jak dużo dobrego robi się u nas, mając do dyspozycji znacznie mniejsze środki niż Izrael.

Wróćmy jednak do Polski. Jest Pan delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy nieprzerwanie od 1993 r. Co się wtedy działo?

Mój pierwszy zjazd, w którym uczestniczyłem jako delegat, dotyczył kwestii etycznych. Zorganizowano go w Sali Kongresowej w Warszawie. Mimo że od tego czasu minęło ponad 30 lat, doskonale pamiętam, że w czasie dyskusji ścierały się różne światopoglądy.



fot.: archiwum NRL

Uczestnicy prezentowali własne punkty widzenia, zwłaszcza w kwestii ochrony życia ludzkiego i badań klinicznych.

Sprawami etycznymi zajął się także późniejszy zjazd, w Toruniu, ale wówczas nie było aż tylu debat co w 1993 r. A największą wartością każdego Krajowego Zjazdu Lekarzy jest to, byśmy ze sobą dyskutowali i spierali się na argumenty. Dopiero potem można podejmować decyzje. Te rozmowy są twórcze zarówno dla samorządu, jak i każdego lekarza i lekarza dentystry z osobna.

Co jest największym sukcesem samorządu lekarskiego z perspektywy 35 lat od jego reaktywacji?

Moim zdaniem doprowadzenie do uchwalenia ustawy umożliwiającej samorządowi samoregulację etyczną. Dla mnie istotne jest to, że Kodeks Etyki Lekarskiej powstawał w pewnej niezgodzie z obowiązującym wówczas przepisami. Fakt, że dopiero później prawo uwzględniło dorobek etyki lekarskiej, także cieszy, choć o niektóre kwestie trzeba było zawalczyć przed Trybunałem Konstytucyjnym.

Co jeszcze?

O wielu sprawach moglibyśmy rozmawiać. Z perspektywy czasu widzę, że praca w samorządzie okazała się dla wielu osób szkołą, wręcz uniwersytetem w zakresie pogłębienia wiedzy o kwestiach etycznych, co – i to kolejny sukces – umożliwiło wniesienie polskiego dorobku do międzynarodowych organizacji lekarskich. Działając w izbach lekarskich, ludzie dorastali, dojrzewali, co nie pozostawało bez wpływu na wzrost świadomości prawnej w całym środowisku. Przed reaktywacją samorządu była ona znikoma.

Poza tym udało się zintegrować środowisko. Wcześniej, przed 1989 r., byliśmy znacznie bardziej rozproszeni. I to dotyczy nie tylko lekarzy w moim wieku,

ale również dużo młodszych, którzy angażują się w działalność samorządową. Obecnie jest ich całkiem sporo.

A największe porażki? Co przez te trzy i pół dekady się nie udało?

Nie udało się utrzymać na dłuższą metę przyjacielskich stosunków z osobami, które stawały na czele resortu zdrowia. Mam na myśli zarówno ministrów, jak i wiceministrów. W przypadku kilku osób wywodzących się z naszego samorządu początkowo relacje były dobre, ale z upływem czasu to się zmieniło. Praktycznie żaden minister nie chciał słuchać opinii Naczelnej Rady Lekarskiej. Poza tym nie udało się przekonać ministra finansów do wprowadzenia stawki VAT dla ochrony zdrowia. Ochrona zdrowia jest niestety bardzo upolityczniona.

To politycy przeszkadzają lekarzom czy lekarze politykom?

My nie przeszkadzamy, lecz staramy się im pomagać w zrozumieniu naszej misji, którą jest ratowanie życia i zdrowia ludzi. Niestety niektórzy politycy wykorzystują ludzkie nieszczęścia do własnych interesów. Taka postawa budzi w nas sprzeciw.

Co uważa Pan za największe osiągnięcie w okresie swojej prezesury?

Dla mnie największym sukcesem była wygrana przed Trybunałem Konstytucyjnym 7 października 2015 r. Trybunał zgodził się z Naczelną Radą Lekarską, że obowiązek wskazania przez lekarza, który powołuje się na klauzulę sumienia, realnych możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym jest niezgodny z konstytucją, ponieważ narusza wolność sumienia. To zdecydowanie zmieniło naszą rzeczywistość.

Pamiętam, że rozprawa trwała cały dzień. Jak powiedział przewodniczący składu sędziowskiego, był to jeden z nielicznych przypadków w jego karierze, gdy przygotowane wcześniej uzasadnienie do wyroku zostało zmienione. W tym konkretnym przypadku stało się to pod wpływem argumentacji samorządu.

To nie była jedyna sprawa w Trybunale Konstytucyjnym w tamtym czasie.

W Trybunale udało się także wygrać sprawę dotyczącą jawności pytań testowych z odbytych już egzaminów LEK, LDEK i PES. Później ministrowie robili, co mogli, żeby tylko nie zrealizować wyroku w rzetelny sposób, ale koniec końców jawność stała się faktem. Nieszczęściem jest jednak to, że obecnie bardzo duża część pytań jest powielana, co prowadzi do parodii znanej ze zdawania egzaminu teoretycznego na prawo jazdy.

Poza tym rozpoczęliśmy zdecydowaną walkę z wykorzystywaniem nienaukowych metod leczenia przez niektórych lekarzy. Prawnie potwierdzone zwycięstwo, że homeopatia nie jest formą terapii, było kolejnym niełatwo osiągniętym sukcesem w tamtym czasie.

Pytał Pan, jak się domyślam, o to, co najistotniejsze i co jednocześnie zostało okupione wielkim trudem i wysiłkiem ze strony Naczelnej Izby Lekarskiej. Te trzy

reklama

ŚWIAT OPERY I TEATRU

Podróże muzyczne pod patronatem prasowym tygodnika „ANGORA”

WIEDEŃ

SYLWESTROWY KONCERT FILHARMONIKÓW WIEDEŃSKICH
Najstojniejszy koncert muzyki klasycznej

Samolot, 5* hotel w centrum Wiednia, program turystyczny

30 grudnia 2024 – 2 stycznia 2025



ZAPRASZAMY RÓWNIEŻ NA WYJAZDY Z UDZIAŁEM
DYREKTORA POLSKICH TEATRÓW OPEROWYCH SŁAWOMIRA PIETRASA

- CHORWACJA – opera *Złoto Renu* R. Wagnera w Teatrze Narodowym w Rijece, pobyt wczasowy w Opatii, 16 – 21.06.2024
- WŁOCHY – 70. Festiwal Pucciniego w Toskanii, opera *Manon Lescaut* – inscenizacja plenerowa, pobyt w uzdrowisku Montecatini Terme, zwiedzanie Pizy i Lukki, 31.07 – 4.08.2024
- SANKT MARGARETHEN (AUSTRIA) – opera *Aida* G. Verdiego zainscenizowana w dawnych kamieniołomach, 21-23.08.2024
- SYCYLIA – opera *Turandot* G. Pucciniego w Teatro Massimo w Palermo, pobyt wczasowy nad morzem w okolicy Cefalu, 24 – 29.09.2024
- NOWY JORK – opery: *Opowieści Hoffmanna* J. Offenbacha i *Tosca* G. Pucciniego w Metropolitan Opera, 9 – 14.10.2024

Proponujemy też arcyciekawą OBÓZ DZIENNIKARSKI dla młodzieży 12 – 19 lat w Rewalu nad morzem. Warsztaty obejmują: redagowanie gazety, prowadzenie lokalnej rozgłośni radiowej oraz telewizji internetowej.
Turnusy: 26.06 – 11.07.2024 i 12 – 27.07.2024

INFORMACJA I REZERWACJA: Regionalna Agencja Turystyki „Grand Tour”
90-430 Łódź, ul. Piotrkowska 123, tel. 42 632 06 47, 42 632 63 79
www.grandtour.com.pl

sprawy – dotyczące klauzuli sumienia, jawności pytań z egzaminów i homeopatii – właśnie takie były.

W okresie, gdy był Pan prezesem, NIL alarmował o luce pokoleniowej i apelował o zwiększenie limitów przyjęć na kierunek lekarski. Decydenci posłuchali tych rad, ale przyszli lekarze coraz częściej zdobywają dyplomy w uczelniach, które obecny szef NRL określa mianem „szkółek lekarskich”.

To, z czym teraz mamy do czynienia, jest parodią. Za czasów ministra edukacji i nauki Przemysława Czarnka kształcenie przyszłych lekarzy doprowadzono do absurdu. Zamiast z powrotem otworzyć szkoły felcerskie, doszło do uruchomienia kierunku lekarskiego w placówkach, które nie spełniają oczekiwań dotyczących przyzwoitego wykształcenia. Jest to dramatyczna porażka także samorządu, któremu niestety nie udało się przekonać decydentów, że przyszli lekarze powinni być rzetelnie przygotowani do wykonywania zawodu.

Niestety to zrodzi poważne problemy. W przyszłości samorząd lekarski będzie ponosił wysiłek weryfikacji poziomu wiedzy tych osób. Zgodnie z przepisami izby mają obowiązek reagować w uzasadnionych przypadkach.

Czy kształcenie lekarzy powinno odbywać się tylko w uniwersytetach publicznych?

Nigdy nie protestowałem przeciw formie własności szpitala, bo pacjentom można pomagać zarówno w placówkach publicznych, jak i prywatnych. Podobnie jest z uczelniami – najważniejsze jest zapewnienie jakości kształcenia. W przeszłości optowałem nawet za tym, by niektóre uczelnie niepubliczne otrzymały możliwość kształcenia przyszłych lekarzy, ale oczywiście nie chodziło mi o te, które robią to od niedawna.

Obecnym przewodniczącym sejmowej Komisji Zdrowia jest Bartosz Arłukowicz, z którym, gdy był szefem resortu zdrowia, a Pan prezesem NRL, relacje nie układały się najlepiej.

Jestem chrześcijaninem, więc uważam, że każdy ma prawo do poprawy. Poglądy obecnego przewodniczącego Komisji Zdrowia uległy dużej metamorfozie. Zresztą w sprawach dotyczących ochrony zdrowia liczni działacze Platformy Obywatelskiej bardzo się zmienili przez ostatnią dekadę. Oczywiście poglądy zmieniali też przedstawiciele innych grupowań.

Proszę przypomnieć, dlaczego iskrzyło na linii minister-NRL, bo młodzi czytelnicy mają prawo tego nie wiedzieć.

Z każdym ministrem zdrowia iskrzyło, ponieważ politycy – bez względu na przynależność partyjną – wolą realizować wytyczne swoich liderów, zamiast skupić się na faktycznej poprawie sytuacji w ochronie zdrowia. Ustawa refundacyjna, która weszła w życie za czasów ministra Arłukowicza, początkowo była dramatycznie niedopracowana i m.in. z tego powodu wcześniej stawaliśmy w kontrze wobec minister Ewy Kopacz.

Trudno oczekiwać, by „produkcja” złych, niewłaściwie przygotowanych ustaw spotykała się z przychylnością NRL. Podobnie było z onkologią, którą szybko chciał się chwalić minister Arłukowicz.

Chodzi o pakiet onkologiczny?

Tak. Początkowo przepisy dotyczące tej kwestii były zwyczajnym buble. Dopiero po wielu późniejszych zmianach pakiet onkologiczny zaczął funkcjonować w praktyce, ale gdy ówczesny szef resortu zdrowia na konferencjach prasowych ogłaszał wielki sukces, żadnego przełomu w obszarze poprawy opieki onkologicznej jeszcze nie było.

Jako prezes NRL złożył Pan wniosek do Trybunału o zbadanie zgodności z konstytucją przepisów wprowadzających pakiet onkologiczny w zakresie dotyczącym wykonywania zawodu lekarza...

Zaden polityk nie lubi krytyki, bo żyje z sukcesów. Z kolei inny minister, związany z PiS, ponosi odpowiedzialność za wejście w życie dramatycznego bubla w postaci Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, z czym zresztą zmagamy się do teraz.

Nawet nasz legendarny profesor Zbigniew Religa, choć spośród wielu ministrów zdrowia to właśnie z nim najłatwiej dało się porozumieć i z którym udało mi się trochę spraw załatwić jeszcze w czasie, gdy byłem prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach, nie podejmował wszystkich decyzji po linii samorządu.

Ale my nie byliśmy i nie jesteśmy od schlebienia ministrom, lecz od recenzowania ich pracy.

Czy w ochronie zdrowia w Polsce jest za dużo centralnego planowania i finansowania, a za mało konkurencji?

Centralizacja nie zawsze jest właściwa, a w przeszłości była przeprowadzana w dziwny sposób. System finansowania też jest wadliwy. Prawo i Sprawiedliwość jeszcze przed dojściem do władzy w 2015 r. obiecywało likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia. Koncepcję opracował minister z ramienia ówczesnej partii rządzącej. PiS nie zrealizował obietnicy, bo prezes Jarosław Kaczyński uznał, iż NFZ oferuje najtańszy system ochrony zdrowia. Niestety nie wziął pod uwagę tego, że nie najlepszy.

Co będzie największym wyzwaniem dla lekarzy i lekarzy dentyistów w odległej perspektywie, powiedzmy, za 15-20 lat?

Obawiam się, że te same problemy, z którymi dziś się mierzymy, będą aktualne w kolejnych dekadach. Wielkim wyzwaniem jest tworzenie przepisów prawa i ustalanie wysokości wynagrodzeń. Bołączką stanowi przypisanie do szpitali obowiązków, które nie powinny być nakładane na świadczeniodawców, lecz na urzędników państwowych. Jest potrzebna zmiana organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Mógłbym tak jeszcze długo wymieniać. Rozregulowany i niespójny system bezwzględnie wymaga naprawy, niestety wydaje mi się, że obecna ekipa nie będzie w stanie go poprawić. Trudno sobie wyobrazić dokonanie tego w rewolucyjny sposób. Z kolei podejście ewolucyjne wymaga konsensusu i konsekwencji kolejnych rządzących ekip.

Jedno nie ulega wątpliwości. Samorząd lekarski powinien czuwać nad kierunkiem zmian, wytykać błędy i nie obrażać się, jeśli nasze postulaty nie zostaną uwzględnione przez decydentów. Do tego potrzebna jest mądrość doświadczonych działaczy lekarskich. Mądrość i doświadczenie to dwie kluczowe cechy, jakimi powinni się charakteryzować. ●

POCZET PREZESÓW NRL

Nigdy nie przestałem być samorządowcem

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Noblesse oblige. Jako środowisko stanowimy elitę społeczną, a to zobowiązuje do postawy prawdziwej odpowiedzialności – mówi dr Konstanty Radziwiłł, ambasador RP na Litwie, prezes NRL IV i V kadencji (2001-2010)

Pełniąc funkcję sekretarza w I kadencji, prezesa w V i VI kadencji i kolejne dwie wiceprezesa NRL, później znów sekretarza, można powiedzieć, że zjadł Pan zęby na samorządzie lekarskim. Co zadecydowało o tym, że najlepsze lata życia poświęcił Pan tej działalności?

Odkąd sięgam pamięcią, angażowałem się w sprawy społeczne, a w sytuacji gdy odradzała się samorządność lekarska, stało się to dla mnie oczywistą powinnością. Wybór nie dotyczył takiej czy innej ścieżki kariery, to był wybór moralny. Przyszło nam wówczas żyć w czasach specjalnych, czasach odzyskiwania Polski przez Polaków i tak jak wielu kolegów lekarzy, działaczy izb lekarskich z tego pierwszego okresu, traktowałem odrodzenie samorządu lekarskiego jako ważny element procesu odzyskiwania podmiotowości. To odrodzenie stało się drogą do odbudowania demokratycznego państwa prawa i społeczeństwa obywatelskiego, a to miało dla nas głęboki sens. Pracowaliśmy w systemie, który był skrajnie niedofinansowany, fatalnie zorganizowany i skorumpowany, co przekładało się m.in. na bardzo niskie wynagrodzenia pracowników sektora medycznego. System dotrzymał patologię, które niestety także dotyczyły środowiska lekarskiego. Wywoływało to w nas, samorządowcach, głęboki sprzeciw i pchało do sięgania po prawdziwe wartości, które tradycyjnie towarzyszyły wykonywaniu zawodu lekarza. Stąd zrodziła się pilna potrzeba stworzenia Kodeksu Etyki Lekarskiej, co dla mnie osobiście było niezwykle ważne. Zmiany niosły wolność, ale wiązały się z odpowiedzialnością; tylko wtedy mogły stać się narzędziem do budowania nowego, obywatelskiego społeczeństwa.



fot.: archiwum prywatne

To były mocne powody, by się zaangażować.

Z jakimi wyzwaniami to się wiązało?

Kiedy zostałem prezesem NRL w V kadencji, samorząd lekarski wiele już dokonał pod rządami pierwszego prezesa, prof. Tadeusza Chruściela, a później dr. Krzysztofa Madeja. Nadal jednak był to czas „rozpoznawania bojem”, nikt z nas przecież nie miał doświadczenia w działalności samorządowej i wzorców, którymi mógłby się posłużyć. Jednak zdawaliśmy sobie sprawę, że samorząd to nie jest zwykłe stowarzyszenie, ale że działała na podstawie ustawy o izbach lekarskich, co oznacza, że obok pełnienia roli reprezentacji środowiska lekarskiego ma być podmiotem prawa publicznego. Przed izbami lekarskimi stały więc wyzwania, jak konieczność budowania struktury z tym związanej – siedzib, biur, rejestrów, przejmowania od

administracji państwowej obowiązków dotyczących wydawania prawa wykonywania zawodu, a także praktyk lekarskich, wspierania kształcenia podyplomowego, organizowania pionu odpowiedzialności zawodowej i innych zadań. Wiele się wówczas zaczęło dziać w przestrzeni informatycznej. Rejestr Lekarzy, który powstał przy NRL, stał się najnowocześniejszym rejestrem w kraju, którego uczyli się od nas inni.

Jednym słowem sporo się działo.

Bardzo nas wówczas angażował obszar działań legislacyjnych. To był czas, kiedy w samorządzie lekarskim w wielu sprawach zasięgało się ekspertyz, także – a może głównie – w zakresie prawa, z którym lekarze mieli coraz częściej do czynienia. W izbach okręgowych, a także w naczelnej powoływano komisje legislacyjne, tworząc cały system wypracowywania opinii, ekspertyz, a także własnych projektów i to zarówno w formule reaktywnej, jak i proaktywnej. Działalność ta stawała się coraz bardziej intensywna, czego przykładem był proces dostosowywania prawa medycznego do prawa unijnego. W czasie wstępowania do UE były to wyzwania niezwykle i samorząd mocno zaznaczył w nich swój udział. Politycy zaczęli postrzegać nas nie tylko jako siłę, ale także ośrodek poważnej wiedzy i ekspertyzy. Wyzwaniem było też zachowanie równowagi pomiędzy elementami roszczeniowości właściwej dla działalności związkowej

i sprawowaniem pieczy nad wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentystry. Ta równowaga często bywała przedmiotem sporów w samorządzie.

W co wtedy wierzyło pokolenie lekarzy angażujących się w odrodzenie samorządu lekarskiego, często za cenę własnych karier zawodowych?

Czuliśmy, że jesteśmy częścią epokowej transformacji związanej z ruchem Solidarności, wielu działaczy samorządu lekarskiego wywodziło się z tego ruchu. Chcieliśmy więc ten nasz kawałek Polski związany z opieką zdrowotną przebudować zgodnie z ideami głoszonymi przez ten ruch. Solidarnościowe idee uważaliśmy za słuszne i nowoczesne, a to dawało nam siłę napędową do działania. Towarzyszył temu wielki entuzjazm, którego już dziś nie da się powtórzyć. Wtedy naszym celem była poprawa sytuacji materialnej lekarzy i lekarzy dentystrów, ale także pacjentów leczonych często w skandalicznych warunkach.

Jako prezydent Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME) działał Pan także na polu międzynarodowym. Czy były z tego wymierne korzyści, czy chodziło o prestiż?

Przede wszystkim chodziło o wiedzę, którą można byłoby zastosować w Polsce. Zaskoczyło nas, jak wiele problemów, z którymi się tam zetknęliśmy, było podobnych, jak wiele z nich można rozwiązać, korzystając z doświadczeń innych państw. Wtedy poszukiwaliśmy najlepszych wariantów dla budowania naszego systemu lecznictwa. Mieliśmy np. dylemat, czy przyjąć samorządowy (np. skandynawski) model ochrony zdrowia, czy bardziej oparty na ubezpieczeniach (np. niemiecki lub holenderski), czy też model bardziej oparty na państwie jak w Wielkiej Brytanii.

Biorąc udział w spotkaniach lekarskich organizacji międzynarodowych, mieliśmy dostęp do tej wiedzy, mogliśmy dokonywać analiz i porównań oraz wyborów najlepszych opcji; w pewnym momencie zaczęliśmy na równi z innymi mieć wpływ na prawo stanowione w Unii Europejskiej. Trudno tu mówić o prestiżu, jednak na pewno jako samorząd lekarski stawaliśmy się ważnym uczestnikiem tej międzynarodowej społeczności, np. dr Anna Lella, stomatolog, pełniła wysokie funkcje w FDI, a prof. Romuald Krajewski w UEMS. Jednak droga do tych międzynarodowych organizacji nie była łatwa, na pewnym etapie okazało się, że przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej nie mogą zostać ich członkami, ponieważ obowiązywała zasada, że tylko jedna

organizacja z danego kraju może reprezentować lekarzy, a to miejsce zajęło już wcześniej Polskie Towarzystwo Lekarskie, które nie chciało ustąpić. Jednak wybór mojej osoby na prezydenta Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich stał się już oczywistym sygnałem, że to samorząd lekarski reprezentuje polskie środowisko lekarskie i powinien być niezaprzeczalnym członkiem europejskiej, a później światowej rodziny lekarzy i lekarzy dentystrów.

Później pojawiła się polityka. Był Pan senatorem RP i ministrem zdrowia, wojewodą mazowieckim, a obecnie ambasadorem RP na Litwie. Czy działalność samorządowa mogła być trampoliną do pełnienia tych funkcji?

O trampolinie myśli się zwykle w kategoriach realizacji marzeń lub planów. Moim zdaniem droga działaczy samorządowych do polityki wiąże się z docenieniem naszego środowiska. Na pewnym etapie samorząd lekarski stanowił centrum analityczno-opiniotwórcze, jeśli chodzi o rozwiązania dla ochrony zdrowia, i to zostało dostrzeżone. Nie byłem pierwszym, który z samorządu trafił do polityki. Za rządów Jerzego Buzka ministrem zdrowia został prof. Wojciech Maksymowicz, który był sekretarzem NRL, wiceministrem zdrowia był też dr Andrzej Włodarczyk, wiceprezes NRL. Kiedy w 2015 r. zaproponowano mi stanowisko ministra zdrowia, uznałem, że wiedza i doświadczenie zdobyte w samorządzie pozwolą mi realizować niektóre z mądrych postulatów stawianych wobec rządu. Przykładem były oczekiwane przez środowisko ustawy o minimalnych wynagrodzeniach pracowników medycznych, o podstawowej opiece zdrowotnej, a nawet o sieci szpitali. Wielokrotnie krytykowana, a jednak wciąż obowiązująca, i choć podlega ciągłym modyfikacjom, stanowi filar dla opieki szpitalnej. Jednak najwięcej wniosła tzw. ustawa 6 proc., która była odpowiedzią na od lat zgłaszane żądania środowiska medycznego. Dziś to już nie 6 proc., a więcej, ale uznanie, że nakłady na ochronę zdrowia nie mogą być mniejsze niż określony odsetek PKB, to była rewolucja.

Ile w Konstantym Radziwiłło pozostało z samorządowca?

Samorząd może wyrażać swoją opinię i podejmować decyzje w ramach uprawnień nadanych mu przez ustawę o izbach lekarskich, a więc w stopniu ograniczonym. Decyzje o znaczeniu państwowym mogą zapadać dopiero w gremiach polityków. Przejście z samorządu do parlamentu, a potem rządu było szansą na to, aby postulaty wyrażane m.in. na forum samorządowym mogły być usłyszane przez rządzących. Polityka była więc kontynuacją tego, co robiłem w samorządzie lekarskim. Chcę podkreślić, że wciąż jestem lekarzem, członkiem samorządu lekarskiego, i interesuję się tymi sprawami. Jednak w przeciwieństwie do niektórych innych polityków lekarzy, kiedy zostałem ministrem zdrowia, zdecydowałem, że trzeba wybrać, i zrezygnowałem ze wszystkich funkcji samorządowych w NIL i OIL w Warszawie.

Jak Pan postrzega dzisiejszy samorząd lekarski?

Samorząd lekarski poprzez pieczę nad należytym wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentystry powinien przede wszystkim dbać o dobro pacjentów i wydaje mi się, że w działalności izb obecnie jest za mało akcentów z tym związanych. Czasem dostrzegam też za dużo działań roszczeniowych typu związkowego. Samorząd powinien interesować się rozwiązaniami systemowymi w ochronie zdrowia, brać udział w tej dyskusji, ale nie domagać się roli decydującej o ich kształcie. To przecież rola polityków, którzy muszą ważyć opinie i interesy pozostałych środowisk medycznych, a przede wszystkim pacjentów. Izby powinny natomiast w większym stopniu zajmować się kształceniem podplomowym, wytyczaniem standardów zgodnie z aktualną wiedzą lekarską i bardzo wyraźnie zwalczać i odcinać się od patologii w środowisku lekarskim. Gdybym miał podsumować, to powiedziałbym: Noblesse oblige. Przecież jako środowisko stanowimy elitę społeczną, a to zobowiązuje do postawy prawdziwej odpowiedzialności. ●

POCZET PREZESÓW NRL

Między idealizmem i buntem

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

W czasie krajowych zjazdów lekarzy w latach dziewięćdziesiątych było dużo mniej emocji – mówi dr n. med. Krzysztof Madej, prezes NRL II i III kadencji (1993-2001).

Zostając po raz pierwszy szefem samorządu lekarskiego, był Pan idealistą czy buntownikiem?

Jednym i drugim. Rozumiem, że na początek trzeba rozmówcę „zaetykietować”. To znana metoda pozwalająca „ustawić” prowadzącemu wywiad w określonym kontekście.

Nie chciałem urazić...

Ależ proszę bardzo, choć nie lubię tych „startowych” epitetów. Przypnę więc sobie jeszcze jedną etykietę, która bardziej mi odpowiada – byłem marzycielem.

To jest, wbrew pozorom, bliżej racjonalności, bo marzycielstwo musi się konfrontować z refleksją o szansach na realizację marzeń. Te wszystkie przymioty mojego jestestwa jakoś jeszcze mnie nie opuściły.

Mimo upływu trzech dekad?

Zgadza się, choć pojawiło się coś nowego. Jestem rozczarowany. To piękne polskie słowo. Proszę się w nie wsłuchać. W jego rdzeniu są czary i jest czar. A magia i piękno misji samorządu lekarskiego jakoś zwietrzały. Mam wrażenie, że wszystko przeżarła polityka, czyli taka forma aktywności wąsko grupowej, która służy sama sobie, a nie szerokiemu otoczeniu. Ale chyba mam do tego prawo. W moim życiu to najlepszy okres, żeby być sfrustrowanym, rozczarowanym idealistą, buntownikiem i marzycielem.

Kiedy w grudniu 1993 r. został Pan prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, premierem był Waldemar Pawlak, a kilka tygodni wcześniej ostatni żołnierze radzieccy opuszczali Polskę. Na czym skupiała się uwaga środowiska lekarskiego 30 lat temu?

Wyprowadzaniem wojsk radzieckich samorząd lekarski się nie zajmował

► Od lewej:
prof. Jan
Nielubowicz,
dr Jerzy
Moskwa,
prof. Tadeusz
Chruściel,
dr Krzysztof
Madej, prof.
Bolesław
Górnicki



foto: Achwum „GI”

(śmiech), ale mówiąc poważnie, wszyscy „ojcowie założyciele” mieli przekonanie, że biorą udział w transformacji ustrojowej. Prof. Jan Nielubowicz kilka razy stwierdził, że dla niego reaktywacja izb lekarskich to drobny wprawdzie, ale istotny element budowy nowego ustroju państwa. Dla nas brzmi to teraz pewnie przesadnie i pompatycznie, ale wówczas było to słuchane z przekonaniem i na poważnie. Profesor odwoływał się pewnie do swojej pamięci o autorytecie lekarza, bo miał takie tradycje rodzinne, i do roli izb lekarskich sprzed wojny.

Wspomniał Pan premiera Waldemara Pawlaka... Miałem okazję rozmawiać z nim dawno temu, ale wrażenia z rozmowy zapamiętałem dobrze, bo miała dla mnie dość traumatyczny wymiar. Chciałem ją jak najszybciej zakończyć i się pożegnać.

Dlaczego?

Gość zwykle ma wiele do powiedzenia i liczy, że coś załatwi, a gospodarz limituje czas, bo ma wiele zajęć i nie chce być do niczego

zobowiązany. Tu było odwrotnie. Spotkałem człowieka bez jakiegokolwiek wyczucia problemów systemu ochrony zdrowia. Pomijam wiedzę na ten temat, chodzi mi o społeczny kontekst funkcjonowania medycyny instytucjonalnej.

Premier Pawlak co chwila starał się rozmawiać ze mną o jakichś naiwnie przedstawianych problemach zdrowotnych swoich i swojej rodziny. To była dla mnie bardzo silna lekcja, jak polityka jest odległa od spraw, które są przedmiotem naszej troski.

Czy emocje panujące w czasie krajowych zjazdów lekarzy w latach 90. XX w. były większe od tych, które miały miejsce kilkanaście lat później?

Ależ wprost przeciwnie. Emocje były dużo mniejsze. Delegaci bardzo poważnie traktowali swoją rolę. Panowała atmosfera godności zawodowej, powściągliwości i odpowiedzialności. Było bardzo duże otwarcie na środowiskowe autorytety, na dyskusję merytoryczną i pracę programową. Było wielkie oczekiwanie na wspólny dorobek

w zakresie propozycji systemowych, który w niedalekiej przyszłości mógłby przełożyć się na praktykę legislacyjną i społeczną.

W miarę upływu czasu, kiedy w państwie nie znajdowaliśmy równie skupionego na tym partnera i – uderzmy się w piersi – nie stworzyliśmy ogólnosystemowej alternatywy programowej dla polskiej medycyny jako całości, na zjazdach zaczęło się pojawiać więcej emocji. Coraz mniej prób wysiłku merytorycznego, a coraz więcej „polityki”, walk frakcji, regionów i osób, tzw. walki o władzę z jej często niezbyt mądrymi hasłami, postulatami, roszczeniami, protestami, uchwałami i towarzyszącymi temu wszystkiemu emocjami. Wzorce polityki ogólnej zainfekowały i naszą organizację.

Największy sukces samorządu lekarskiego II i III kadencji to...?

Nie mnie to oceniać i przyznam szczerze, że nie bardzo mam ochotę odpowiadać na to standardowe pytanie. Wolałbym porozmawiać o porażkach. Ale żeby nie być niegrzecznym, przytoczę jeden sukces z bardzo wąskiego, własnego pola widzenia.

W tamtym czasie Naczelna Izba Lekarska miała najlepszy zespół radców prawnych – z trzema byłymi dyrektorami Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia na pokładzie, z zapleczem kilkudziesięciu autorytetów z rozmaitych dziedzin: profesorów prawa, ekonomii, z wybitnymi publicystami i znanymi politykami tamtej doby. Nie, nie przejęczyłem się, to było kilkadziesiąt osób, ale żeby to udowodnić, musiałbym przytoczyć teraz listę nazwisk.

Proszę to zrobić.

Nie zrobię tego, bo nie mam zgody na przywoływanie ich w tym kontekście i tym wspomnieniu. Proszę mi wierzyć, że współpracowali z samorządem lekarskim na bieżąco. Uważam ich zaangażowanie za chwalebne.

Jakie były efekty tych starań?

Kilkanaście ustaw z zakresu prawa medycznego i „nasz” artykuł w konstytucji. Odrobina w tym mojego udziału, a poza tym „robiło się to samo”, bo świeżo reaktywowana korporacja lekarska była pewnie postrzegana – przynajmniej dla części osób, o których powiedziałem – jako atrakcyjny partner dla rozszerzania zasadniczej działalności. Spotykaliśmy się często pro bono, dla satysfakcji intelektualnej i skutecznego działania. Aha,

i wielkim sukcesem było jeszcze zbudowanie podstaw materialnych działania samorządu i jego zaplecza administracyjnego. Na całego ruszyły budowy siedzib.

Czy rosnące aspiracje różnych zawodów medycznych, które chcą mieć własny samorząd zawodowy lub mają go od niedawna, nie osłabiają głosu Naczelnej Rady Lekarskiej w debacie publicznej?

W tym pytaniu jest pewna teza, że gdyby nie ta mnogość samorządów zawodów medycznych – każdy ze swoimi postulatami, które powodują zgiełk i w pewnym stopniu zagłuszają NRL – to skuteczność samorządu byłaby większa.

A czy tak by nie było?

Oczywiście, że ten zgiełk osłabia nasz głos, ale powinniśmy szukać własnej skuteczności w szczególnych formach działania i wypowiedzi, a nie w dołączaniu się do koncertu życzeń i roszczeń innych zawodów. Nie miejsce tu i nie okoliczność, aby rozprawiać o tych szczególnych formach – to praca programowa, gdzie liczy się kreatywność.

Proszę jednak zwrócić uwagę, że jest także teoria, która zakłada, że gdyby te liczne samorządy się zintegrowały i przestały konkurować w zakresie swoich roszczeń płacowych, to wywarłyby taki nacisk na władze państwa, że te by „pękły” i wszyscy mieliby tyle, ile trzeba, najprawdopodobniej po równo. Stąd te wszystkie pomysły na porozumienia zawodów medycznych czy – szerzej – organizacji pracowniczych w ochronie zdrowia, wywoływanie zbiorowych tumultów lub granie „kociej muzyki” dla rządu.

Moja opinia w tej sprawie jest taka, że państwo nie znalazło metody, jak regulować nabywanie uprawnień i wykonywanie zawodu w zawodach regulowanych, więc kopiuje dla nich jeden wyjściowy model, jakim są izby lekarskie.

To surowa ocena dla bardzo wielu rządów w III RP.

Widziałem mechanizm powstawania wielu samorządów medycznych. Wąska grupa działaczy „obsługujących” dany interes zawodowy uzyskiwała przełożenie na lokalnych

posłów, a ci ekspresowo przepychali projekt ustawy przepisany z ustawy o izbach lekarskich ze zmienioną terminologią. Sejmowa większość głosuje w takich razach zwabiona kalkulacją, że dołącza na przyszłość do swojego elektoratu nową, wdzięczną za samorząd, dotychczas izolowaną grupę zawodową.

I co z tego wynika?

Cały ten mechanizm jest pozbawiony sensu, bo przesłanki historyczne, wynikające z samej istoty zawodu lekarza i ze społecznej roli stanu lekarskiego w życiu społecznym, skłaniają mnie do przekonania, że jako korporacja powinniśmy przyjmować postawę „splendid isolation” i mówić własnym, bezkompromisowym głosem.

Od kilku lat można studiować na kierunku lekarskim w miastach liczących kilkadziesiąt tysięcy mieszkańców. Krytykował to Pan już kilka lat temu.

Mamy tu dwa różne zjawiska edukacyjne: studia lekarskie komercyjne i studia na nowych kierunkach finansowane z dotacji budżetowej. Mają one ten sam wspólny mianownik, że są realizowane w nowych podmiotach, innych niż tradycyjne uniwersytety medyczne. Przez wiele lat można było obserwować, jak tzw. wykształcenie wyższe staje się towarem i jak tworzy się rynek usług edukacyjnych. Mam tu na myśli te wszystkie kierunki prawa, biznesu, administracji, marketingu, zarządzania, te wszystkie „eMBieje”, socjologie, politologie i co tam jeszcze.

O tym, co w dawnym języku nazywało się zdobyciem wykształcenia, można by teraz niekiedy powiedzieć, że da się to kupić. Broń Boże, nie mówię o kupowaniu dyplomów, tylko o kupowaniu wykształcenia. A towar na rynku, jak to towar: ma różną cenę i różną jakość. Wydawało mi się, że wykształcenie lekarskie z natury rzeczy i ze swej istoty samo będzie się broniło przed takimi aberracjami jak uruchamianie kierunków lekarskich w szkołach zawodowych, na politechnikach i w różnych innych egzotycznych miejscach.

Ale jest inaczej. Zwracam uwagę, że ten proces zaczął się znacznie wcześniej niż kilka lat temu.

Kiedyś się mówiło, że wykształcenie lekarza jako profesjonalisty to także jego wychowanie jako człowieka. Wychowanie w zakresie kompetencji humanistycznych, kulturowych, komunikacyjnych, etycznych i różnych takich spraw niemodnych i górnołotnych. Skoro praktyka lekarska musi bazować na podstawach naukowych, to kształcenie powinno odbywać się w poważnych ośrodkach akademickich dla wyrobienia zrozumienia dla metod naukowych i odruchu stałego kształcenia się.

Swoją drogą, fascynująca jest lekkość uruchamiania tych „medycyn” w przedziwnych miejscach. Jedną siłą lokalnych ambicji i kalkulacji w połączeniu ze słabością ustrojową państwa dają zadziwiające rezultaty. Zdaje się, że teraz mamy niezły bałagan.

Jak Pan ocenia obecny, trzeci już rząd Donalda Tuska, jego dotychczasowe efekty działań i plany w obszarze polityki zdrowotnej? Błagam, tylko proszę nie mówić, że jest na to za wcześnie, skoro został zaprzysiężony w połowie grudnia.

Nie oceniam, bo nie ma czego oceniać. Obecny rząd, podobnie jak poprzedni, nie realizuje żadnego nowego programu, który cokolwiek by zmieniał w systemie ochrony zdrowia. Niektórzy prześmiewczo oczekiwania takie określają jako postulat przeprowadzenia reformy reformy, a jeszcze bardziej wesołowaci mówią o reformie reformy reformy. Ten system stężał w zastanej, wynikającej z dużego wcześniejszych regulacji prawnych formie i trwa niezmiennie.

Doprawdy? Przecież nie wchodzi się dwa razy do tej samej rzeki.

No dobrze, może nie do końca. Jest takie powiedzenie, że sektor prywatny ma się tym lepiej, im gorzej działa sektor publiczny, a ponieważ sektor prywatny rozkwita coraz bardziej, to prawdopodobnie sektor „na ubezpieczalnie” ma się coraz gorzej. Ale to tylko przypuszczenia i to wynikające z pośrednich przesłanek. W kontekście rozmowy o obecnym rządzie jedyne, co ma związek z medycyną i czym się teraz zajmujemy, to wspomagany rozród i aborcja. Tyle że to nie rozwiąże np. problemów z dostępnością do podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Kilka miesięcy temu weszła w życie ustawa o jakości w opiece zdrowotnej

i bezpieczeństwie pacjenta. Minister Izabela Leszczyna uważa, że nie spełnia ona oczekiwań. A co myśli chirurg z kilkudziesięcioletnim stażem?

Pani minister ma rację, ponieważ ta ustawa nie zmienia niczego w podstawowych mechanizmach funkcjonowania ochrony zdrowia. Rozbudowuje tylko system urzędniczej kontroli i nadzoru nad zakładami opieki zdrowotnej. Multiplikuje i formalizuje te wszystkie: autoryzacje, akredytacje, certyfikacje, standaryzacje, proceduryzacje, identyfikacje i aktualizacje. Ustala rejestry, wagi, opisy, struktury procedur medycznych, wskaźniki jakości, wewnętrzne systemy, analizy przyczyn, analizy skutków...

Szpitala mają znacznie więcej obowiązków, ale na mocy ustawy lekarzom szpitalnikom też przybyło odpowiedzialności.

Pytanie tylko, jakie zostaną wyciągnięte wnioski? Czy, jak to zwykle bywa w systemach etatystycznych, na nieskuteczność jednych rozwiązań zaproponowane zostanie jeszcze więcej takich samych pomysłów? Czy ktoś przekonująco określi, od czego zależy jakość i bezpieczeństwo – zdaje mi się, że bezpieczeństwo zależy od jakości, ale może się nie znam – i zaproponuje coś nowego?

Gdyby jakość i bezpieczeństwo faktycznie było uzależnione od takich przepisów, to ja proponuję uchwalić ustawę o jakości i bezpieczeństwie pracy rządu, a szczególnie Ministerstwa Zdrowia i Sejmu, a 3/4 problemów z funkcjonowaniem państwa mielibyśmy z głowy.

Czy w najbliższych latach w Polsce jest szansa na autentyczny system no fault?

Nie ma żadnej!

Jak to? Kilka lat temu aktywnie zabiegał Pan o to, a jako wiceszef samorządu lekarskiego próbował osobiście przekonywać prezydenta Andrzeja Dudę do zmiany zdania w kwestii zaostrzenia przepisów Kodeksu karnego dotyczących lekarzy.

Polska jest państwem, w którym tego rodzaju „system” na razie nie zaistnieje. Jesteśmy państwem

regulacji, nadzoru, kontroli i penalizacji w większym stopniu niż państwem pomocy i opieki. U nas ważniejsza jest kara dla przestępcy lub, tak chyba będzie lepiej powiedzieć, zemsta społeczna dla winnego niż pomoc dla poszkodowanego.

„No fault” to system troski państwa o dobro obywateli, który robi wiele dobrego na rzecz zmniejszenia ryzyk zdarzeń niepożądanych związanych z chorobą i leczeniem i przejmowania realizacji części świadczeń z tytułu zadośćuczynienia i odszkodowania. Wprowadzenie praktyki „no fault” wymaga innej filozofii i kultury prawotwórczej, rozdziałowej różne czyny mogące skutkować śmiercią, rozstrojem zdrowia lub niepowodzeniem w leczeniu. Jeszcze na to za wcześnie. Teraz medycyna ze swoją specyfiką jest w Kodeksie karnym w jednym worku z przestępstwami pospolitymi.

Jakie wyzwania staną przed środowiskiem lekarskim za 10-15 lat?

Nie mam pojęcia, bo nie wiemy, jakim państwem będzie Polska za 10 czy 15 lat. Tak zwane „wyzwania” to odpowiedź na niedogodności lub szanse w zmieniającym się otoczeniu.

A jak się ono zmieni?

Diabli wiedzą. Mam więcej lęków niż optymizmu, stąd ci diabli. Nie bardzo wierzę w istnienie tego, co Pan nazywa środowiskiem lekarskim.

Mam odmienne zdanie w tej sprawie, ale doskonale wiem, że Pan tak uważa od dawna. Zresztą kilka lat temu czytelnicy „Gazety Lekarskiej” mogli o tym przeczytać w jednym z Pańskich felietonów.

Czasami myślę, że jesteśmy grupą profesjonalistów medycznych bardziej, zdaje się, konkurujących wewnętrznie niż wykazujących odruchy solidaryzmu korporacyjnego. Myślę jednak, że te wyzwania za 10 czy 15 lat mogłyby być dokładnie takie same jak te sprzed 35 lat. To oznacza, że – za przeproszeniem – mógłbym namawiać samorząd przyszłości do pogrzebania nieco w przeszłości, ale to by było takie nienowoczesne, że aż mi wstyd, że odwołuję się do idealizmu i buntnictwa. ●

POCZET PREZESÓW NRL

Trochę wyobraźni

EWA BERBERYUSZ

Lekarz z istnienia Izby może tylko korzystać. Nie wyobrażam sobie zatrzymania tego koła zamachowego, które puściliśmy w ruch – mówił prof. Tadeusz Chruściel, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej I kadencji w wywiadzie dla „Gazety lekarskiej” z lipca 1990 r.

Izby lekarskie wielkimi krokami wchodzić w życie. Są starą formą wspólnoty lekarzy, ale dziś u nas wszystko, co stare, jest nowością. Przeszliśmy przeciw długoletnią zapaść. Proszę więc w krótkich słowach określić miejsce i rolę Izby, jej relacje ze związkami zawodowymi i ministerstwem.

Izby Lekarskie, jak wiadomo, nie są niczym innym jak samorządem, a samorząd, jeśli ma mieć siłę, musi obejmować wszystkich lekarzy. Istnienie poza tym samorządem znaczyłoby dla lekarza egzystencję w księżycowym świecie. O tym zresztą nie muszę gremium lekarskiego przekonywać, bo jedynie wyjątki traktują obowiązkową przynależność do Izby jako przymus. Większość uznaje tę formę za jedyne rozwiązanie, które umożliwi kontakt, porozumienie i przepływ informacji między lekarzami w sposób optymalny. Dotychczas lekarze działali jak samotne wyspy. Izby mają za zadanie połączyć w tym, co stanowi istotę zawodu, np. wysoko wyspecjalizowanego chirurga z lekarzem wiejskim; a to, co stanowi istotę zawodu, to chory człowiek. Pyta pani o relacje ze związkami. Otóż bierzemy udział w negocjacjach płacowych i osiągnęliśmy już w styczniu znaczny sukces, uzyskując indeksację wynagrodzeń lekarzy do poziomu 100 proc. dochodów sfery materialnej. Nie dublujemy związku zawodowego, ale zapewniamy w negocjacjach z rządem nasz odrębny wkład, spojrzenie na sprawę z innej strony. Od administracji przejęliśmy rejestrację i wydawanie prawa wykonywania zawodu lekarzowi nie w sposób mechaniczny, ale jakościowo inny: wydając te uprawnienia, będziemy się opierać na sprawdzeniu, nie tylko czy lekarz posiada dyplom, ale czy odbył staż pod kierunkiem ludzi, do których Izba ma zaufanie. Sprawą orzecznictwa odpowiedzialności zawodowej dawniej

zajmował się urzędnik, obecnie lekarz, bo jedynie on może właściwie ocenić problem między pacjentem a lekarzem.

Jako pacjentka bałabym się tu solidarności lekarskiej w razie błędu w sztuce...

Bo była pani przez lata przyzwyczajona do opacznie rozumianej solidarności, która ów błąd zamazywała. Dewizą powołanego przez Izbę sądu ma być fachowość i etyka. Zasady stare jak świat, ale u nas zaniedbane. Dlatego nowy zbiór zasad postępowania etycznego musi przekreślić ten stary, zaczynający się od słów: „W Polsce, która jest państwem socjalistycznym, lekarz powinien stać na straży państwa socjalistycznego...” Musimy przeorać ten teren gruntownie. I tak, żeby unikać różnic w postępowaniu w obrębie kraju, ściągaliśmy najlepszych prawników zajmujących się medycyną, którzy wykładali te problemy naszym rzecznikom odpowiedzialności zawodowej. Muszą być przygotowani na działanie w dwóch sferach; przykładowo lekarz, który dokonał przetoczenia niewłaściwej grupy krwi pacjentowi, nie może sprawę zakłajstrowywać, ale z drugiej strony, musi wiedzieć, że wobec niesłusznych pomówień znajdzie w naszym orzecznictwie oparcie. Krótko mówiąc, Izby mają lekarza przemienić wewnętrznie. Najpierw poprzez formułowanie zasad, potem poprzez praktyczne samorządowe działanie.

Trudno mi uwierzyć w taką przemianę, zwłaszcza w tym pokoleniu.

A mnie łatwiej, ponieważ obracam się w gronie zapaleńców, którzy nie tylko chcą zerwać z przeszłością, ale wiedzą, jak to robić. Są to ludzie wybrani, mają za sobą głosy, więc czują się pewnie. Ponadto lekarz „wychowany” przez Izby ma być Europejczykiem. W tym celu chcemy doprowadzić do takiego toku studiów (system jednostopniowej specjalizacji), który zapewniłby nam uzyskanie równoważności dyplomów z dyplomami europejskimi. Współpracę z zagranicą rozumiemy jako wymianę informacji również co do metod. Wróciłem właśnie z ogólnoniemieckiego zjazdu izbowego, gdzie mogłem się przekonać, jak szeroki jest wachlarz dyskutowanych spraw. Dyskusja była kontrowersyjna, ale przegłosowana uchwała – wiążąca. Oni wiedzą, co to jest samorząd, my jeszcze nie bardzo, ale muszę pani powiedzieć, że od początku, odkąd zostaliśmy powołani, jesteśmy w uderzeniu. Jako przykład niech świadczy fakt, że zaraz po naszym zjeździe, w styczniu, Izbową Komisja Etyki razem z Medecins du Monde wysłała pierwszy transport leków do Rumunii z lekarzami przygotowanymi do pracy w tamtych warunkach. Umiejętność szybkiej mobilizacji to dobra prognoza na przyszłość. Sumując: lekarz z istnienia Izby może tylko korzystać...

A pacjent, co będzie z nich miał?

Lepszego lekarza; lepiej przygotowanego zawodowo i etycznie. Izby mają tak przestroić wzajemną relację lekarz-pacjent, żeby ten ostatni stał się niejako współdecydującym swojego leczenia; mają go upodmiotowić, jak się to mówi.

**Wypada mi tylko żałować, że nie do-
czekam owego przestrojenia, bo, Panie
Prezisie, nie okłamujemy się, zadekret-
tować się tego nie da, jest to proces
długi.**

Zdziwi się pani, ale niektóre sprawy można załatwić od ręki. Kwestia wyobraźni. Weźmy bank lekarzy, spółka akcyjna, urządza na osiedlu Stawki w Warszawie, w jednym z mieszkań, które wykupuje, gabinet lekarza rodzinnego. Wyposaża ten gabinet w pomoce szybkiej diagnozy. Osiedla się tam lekarz, którego kredytyje ów bank; każdy może przyjść, zapłaci gotówką, ale należność zostanie mu zwrócona w systemie ubezpieczeniowym. Pomysł nienowoty, ale u nas możliwy do realizacji dopiero przy Izbach. Podobnie rzecz się ma z „Gazetą Lekarską”, powracam do niej, gdyż będzie na naszym gruncie zupełnym novum. Ogólnopolska, o błyskawicznym obiegu tego wszystkiego, co dzieje się wśród lekarzy u nas i na świecie. Ideał to zachowanie równowagi między informacją ściśle fachową a wymiarem społecznym. Sprawa talentu pani kolegów, którzy przyjdą do niej pracować.

**A przyjdą na pewno, choćby wobec
widma bezrobocia. Dla zachęty kładzie
mi tu Pan na kolana szesnaście gazet
lekarskich z RFN, każda wygląda jak
„Newsweek”, jest droga, a mimo to
przez lekarzy niemieckich rozchwyty-
wana. I tu dochodzimy do sedna: tam
lekarz jest jednym z najlepiej zarabia-
jących profesjonalistów, u nas najgo-
rzej. Pytam więc Pana, jak Izba zadba
o stan finansowy swoich członków?**
Poprzez dopilnowanie, żeby z puli, którą właśnie otrzymuje ministerstwo, odpowiednią działkę dostali i lekarze. No i żeby pieniądze w ramach taryfikatora zostały najsprawiedliwiej rozdzielone. Trzymamy rękę na pulsie od początku do końca. W przyszłości, gdy wejdzie w życie system ubezpieczeniowy, chcemy, ażeby opieka zdrowotna na swoim terenie mogła zachować dla siebie wszystko to, co było wynikiem oszczędnej gospodarki lekarza. Dysponowanie oszczędnościami, które zrobił, podniesie wydatnie jego dochody. Chcemy urzeczywistnić ten związek przyczynowy.

**Każdy pacjent w tym momencie zapyta
Pana, czy oszczędzanie nie odbędzie
się jego kosztem.**

Pani jako dziennikarka powinna najlepiej wiedzieć, ile jest w biurokracji totalitarnej marnotrawstwa, codziennie na to patrzymy. Ponadto lekarze zaczęta

► Od prawej:
Tadeusz
Chruściel
i Krzysztof
Madej,
kolejni
prezysi NRL



pracować prywatnie, w spółkach, w prywatnych szpitalach, jakie powstaną.

**Mówił Pan tu dużo o etyce
zawodowej, jaką będą kierować
się Izby; wszystko ma być jasne,
bez dwuznaczności. Ale przecież
taką dwuznaczność stwarza
branie, nazwijmy to, gratyfikacji
za usługi lekarskie. Wiem od le-
karzy, że woleliby jawne wyższe
zarobki, że im ten status „bra-
nia” doskwiera.**

Jest reliktem komunizmu. Już w roku 48 ustalono, że lekarze będą mieli niskie pensje... bo im i tak pacjenci nie dadzą zginąć.

**W podobnym tonie było utrzy-
mane stwierdzenie Hilarego
Minca o całej gospodarce: „lepiej
niech kradną, niżbyśmy im mieli
lepiej płacić”. To była filozofia
społeczna.**

Izby jasno mówią, że to nieetyczne.

**Tylko że w sytuacji spaupery-
zowania zawodu takie jasne
mówienie może mieć skutek
zadrażniający.**

Spójrzmy na to z wyobraźnią: w ogromnym tempie dążymy do poprawy zarobków lekarzy. Różnymi drogami. Żeby nie być gołosłownym: już wiem, że nasze ministerstwo uzgodniło z Ministerstwem Finansów, iż zasada ubezpieczeniowa będzie podstawą dla finansowania służby zdrowia. Zatem będzie wiadomo, jakie kwoty się zbiera. Nie będzie to kwestia przetargu budżetowego z końcem roku między zdrowiem a np. szkolnictwem czy ochroną środowiska, ale będzie wiadomo, że to wpłacili

obywatele i ich pracodawcy na opiekę zdrowotną. Planowanie od tego momentu musi uwzględniać skok płac dla lekarzy. Z chwilą przejścia na system ubezpieczeniowy będzie możliwość niejako dwojaka: z jednej strony pierwotnego planowanie wyższych wynagrodzeń, a z drugiej wprowadzanie oszczędności możliwych w ramach systemu ubezpieczeniowego. Nie rozwodząc się nad szczegółami, chcę podkreślić, że widzę potrzebę ściślejszej współpracy samorządu terytorialnego z naszym, zawodowym. Istniały dyskusje, czy Izba ma być na terenie dwóch lub trzech województw, czy jednego. Rozwiązano to różnie, jak chcieli lekarze.

**Lekarze nie chcą płacić składek
wynoszących 2 proc. od podsta-
wowego uposażenia.**

Różnie to bywa. Znowu przywołam wyobraźnię: te kilkanaście tysięcy złotych miesięcznie tylko na początku wydają się sumą. Niechże lekarze perspektywicznie spojrzą i zważą korzyści! Ale ostatecznie oni zdecydują. Może Izby zdecydują, że chcą być ubogie? Ale wtedy koniec z Wielką Przemianą, z szybką informacją! To wszystko, co powinno pobiec faksem, pójdzie pocztą. Pusta kasa oznaczałaby też krach „Gazety”, bo „Gazeta” przy rozruchu zaczyna na siebie zarabiać i musi kosztować. Nie, ja sobie nie wyobrażam zatrzymania tego koła zamachowego, które puściliśmy w ruch. ●

Prof. Tadeusz Chruściel
zmarł w 2010 r., natomiast
Ewa Berberysz w 2020 r.

WAŻNE SPRAWY

Dziś musimy myśleć o wypracowaniu kompromisu

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Trzeba znaleźć złoty środek i sposób na to, jak w zawiłościach zmieniającego się świata zachować równowagę między dobrą, wartościową pracą i satysfakcją z niej – mówi dr Zbigniew Brzezina, członek Naczelnej Rady Lekarskiej zasiadający w tym gronie we wszystkich kadencjach.

Pamięta Pan swój udział w pierwszym posiedzeniu NRL. Jakie sprawy dominowały wówczas?

Pierwsze posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej odbywało się w Zakładzie Farmakologii Akademii Medycznej w Warszawie i miało charakter proceduralny. Pamiętam, że prof. Tadeusz Chruściel, pierwszy prezes OIL, zaproponował mi – ze względu na liczbę otrzymanych głosów na I Krajowym Zjeździe Lekarzy – udział w prezydium NRL. Byłem wówczas najmłodszą osobą w tym szacownym gremium i choć czułem się zaszczycony, podziękowałem i ustąpiłem pola bardziej doświadczonym kolegom. Późniejsze posiedzenia były już w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej przy ulicy Grójeckiej w Warszawie, gdzie sąsiadowaliśmy z warszawską Okręgową Izbą Lekarską. Członkami Naczelnej Rady Lekarskiej były wówczas sławy polskiej medycyny, m.in. profesorowie: Jan Nielubowicz, wtedy honorowy prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, obecnie patron OIL w Warszawie, Bolesław Górnicki, znamienity pediatra, autor wielu podręczników akademickich, Włodzimierz Józefowicz, stomatolog i nauczyciel wielu pokoleń lekarzy dentyków, Witold Bartnik, Stanisław Leszczyński, pierwszy rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Większość z nich należała do wybitnych mówców i wyróżniała się charyzmą, wzbudzając szacunek i zarażając ideami przedwojennego

samorządu. Praca z nimi w Naczelnej Radzie Lekarskiej rozwijała mnie i wzbogacała o nowe wartości.

Wiadomo, że poszczególne kadencje różniły się od siebie. Która z nich najbardziej zapadła Panu w pamięć?

Trudno powiedzieć. Każda miała swoją specyfikę. Jestem człowiekiem zadaniowym, kadencje kojarzę z pracą i zadaniami, które były do wykonania. W pierwszej kadencji, pod nieobecność dr. Ciećkiewicza i dr. Moskwy, nie mając wielkiego doświadczenia, zmuszony byłem do sfinalizowania uzgodnień dotyczących zapisów ustawy o konkursach w ochronie zdrowia. Ponieważ czekała nas reforma systemowa, chcieliśmy się na ten temat dowiedzieć jak najwięcej. Zespół, któremu przewodniczył prof. Chruściel, brał więc udział w wyjazdowych spotkaniach mających na celu poznanie mechanizmów zarządzania i funkcjonowania opieki zdrowotnej, m.in. w Niemczech, na Słowacji, Węgrzech, w Czechach.

W mojej pamięci zapisała się też następna kadencja, kiedy pracowałem w zespole, który z ramienia Naczelnej Rady Lekarskiej organizował pierwszy protestacyjny marsz lekarzy w Warszawie.

Jednak z perspektywy czasu najważniejsza była dla mnie trzecia kadencja. Kierowałem wówczas zespołem ds. „reformy” dotyczącej kas chorych, co wiązało się z uczestnictwem w posiedzeniach zarówno sejmowych podkomisji, jak i Komisji Zdrowia. Udało się wtedy sfinalizować kilka spraw, które na początku wydawały się „biciem głową w mur”, a dotyczyły recept refundowanych, a później skierowań do szpitali z gabinetów prywatnych. Obecnie lekarze świadczenia te uznają za normę, wówczas do ostatniej chwili wiceminister zdrowia Anna Knysok trwała na stanowisku, aby wprowadzić model niemiecki, to znaczy refundacja przypisana byłaby tylko lekarzom, którzy dysponowałiby całościowym kontraktem z kasą chorych. Był to dla mnie najbardziej pracowity okres. Pod koniec tej kadencji mimo sprzeciwów udało się powołać Okręgową Izbę Lekarską w Częstochowie. Z czasem wielu przeciwników tej idei przyznało, że się mylili. Jest to jedyna izba powołana po pierwotnym podziale.

Z sentymentem wspominam organizację kongresów Polonii Medycznej i tych, w których uczestniczyłem jako przedstawiciel NRL i ORL w Łodzi, a szczególnie kongres organizowany

właśnie w Częstochowie. Nie sposób pominąć w tych wspomnieniach kadencji szóstej i siódmej, gdy pracowałem w Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, a w siódmej pełniłem funkcję Rzecznika Praw Lekarza NRL.

Będąc przez 35 lat w centrum spraw, którymi zajmowała się w tym czasie Naczelna Rada Lekarska, nabiera się nie tylko doświadczenia, ale i dystansu. Jak Pan z perspektywy czasu postrzega pracę tego organu?

Na pewno na początku istnienia Naczelnej Rady Lekarskiej było więcej entuzjazmu. Pracowaliśmy w oparciu o ustawę o izbach lekarskich, która wyszła z Sejmu PRL i była tak skonstruowana, aby nie dać za dużo władzy i swobody samorządowi lekarskiemu, a odzyskanie choćby części utraconego majątku było niemożliwe. Z naszej strony było więc to „rozpychanie się łokciami”. Więcej spraw udawało się wynegocjować dla środowiska lekarskiego w bezpośrednich rozmowach z posłami czy ministrami. Dziś to dużo trudniejsze. Praca polegała na wielogodzinnych, czasami kilkudniowych, posiedzeniach poświęconych m.in. tworzeniu Kodeksu Etyki Lekarskiej, przyjętego przez zjazd w Białym-Białej, a później nowelizowanego przez zjazdy w Warszawie i Toruniu. Jednocześnie pracowaliśmy nad ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentyści i projektami nowelizacji ustawy o izbach lekarskich. Przypominam sobie, że w tych naradach brali udział wybitni znawcy prawa, którzy potem pełnili najwyższe funkcje w Trybunale Konstytucyjnym czy też jako rzecznicy praw obywatelskich. Jako anegdotę przytoczę wypowiedź jednego z profesorów prawa, który zastrzegł, że chcemy stworzyć dokumenty na miarę Himalajów, podczas gdy z parlamentu wychodzą ledwie Góry Stołowe. Pamiętam również warunki, w jakich przyszło nam mieszkać w czasie obrad, na przykład w Domu Nauczyciela, w pokojach kilkuosobowych, z jednym prysznicem na korytarzu. Dziś trudno to sobie wyobrazić.

Z założenia NRL czuwa nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyści. Jakie obawy z tym związane zgłaszają młodzi lekarze na posiedzeniach NRL?

Odniosłbym się w tym miejscu do wypowiedzi jednego z twórców



foto.: archiwum GL

niemieckiej izby lekarskiej z przełomu XIX i XX wieku, który uważał, że dobry samorząd lekarski to taki, którego lekarz boi się bardziej niż diabła. Po odrodzeniu się samorządu lekarskiego w 1989 r. oczekiwania lekarzy wobec samorządu były zupełnie inne. Lekarze otrzymywali wówczas głodowe pensje, pracując na wielu etatach, aby związać koniec z końcem. Wiele rozwiązań było rodem z PRL, a jednocześnie wzrastały wymagania wobec personelu medycznego. Rolą samorządu było zadbanie o godne wykonywanie zawodu i to osiągnęliśmy. Staliśmy się również pracodawcami, powstawały prywatne szpitale, zdecydowanie wzrosły uposażenia lekarzy. Sukcesy samorządności lekarskiej były wówczas na miarę tamtych czasów. Przeszliśmy bardzo długi dystans od tamtego momentu do miejsca, w którym jesteśmy obecnie. Samorząd osiągnął bardzo wysoki pułap profesjonalizmu w każdym aspekcie: nadzoru nad należyтым wykonywaniem zawodu, mam tu na myśli działalność okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich, przyznawanie praw wykonywania zawodu, rejestr praktyk zawodowych czy zadania przejęte od administracji

państwowej. Jednak zdecydowanie zmieniły się oczekiwania młodszych pokoleń lekarzy wobec samorządu. Od pewnego czasu to nie zarobki spędzają sen z powiek. Mówi się o syndromie wypalenia zawodowego, nadmiernym obciążeniu pracą, hejcem, roszczeniowości z tytułu odszkodowań, czego następstwem jest dynamiczny rozwój ubezpieczeń odpowiedzialności zawodowej.

Postęp w wielu dziedzinach życia wiąże się z komercjalizacją usług, powoduje automatyczną dehumanizację medycyny. Samorząd lekarski podejmuje liczne akcje – na przykład *no fault* czy filmowa kampania na rzecz odbudowania dobrego wizerunku – pracuje nad zrealizowaniem wielu postulatów, które wymagają ciągłego zaangażowania. To są wyzwania współczesnego samorządu lekarskiego. Trzeba znaleźć złoty środek i sposób na to, jak w tych zawiłościach zmieniającego się świata zachować równowagę pomiędzy dobrą, wartościową pracą i satysfakcją z niej.

Co Pan czuje, będąc działaczem samorządowym z tak dużym stażem i doświadczeniem? Czy są takie sprawy, które, cofając się w czasie, rozwiązałby Pan dziś inaczej?

Oczywiście, że niektóre sprawy mogłyby potoczyć się inaczej. Na przykład – według mnie – zaprzepaszczone została możliwość przejścia nadzoru nad szkoleniem specjalizacyjnym. Podczas trzeciej kadencji była taka propozycja, jednak trudno dziś stwierdzić, czy przeważał argument finansowy, czy samorząd nie był na to gotowy. Gdyby w gestii samorządu lekarskiego pozostawało szkolenie specjalizacyjne, nie byłoby zakusów likwidacji samorządu, które od czasu do czasu się pojawiają, a na pewno byłoby trudniej podjąć takie działania. Należy pamiętać, że pewne kompetencje nie są dane raz na zawsze. Politycy na ogół nie lubią dzielić się władzą. Ważne jest wypracowanie kompromisu, który byłby korzystny nie tylko dla określonego środowiska, ale i całego społeczeństwa. ●

WAŻNE SPRAWY

Samorząd to nie autonomia

Ani spory, ani próby wykorzystania w rozgrywce politycznej nie osłabiły samorządu lekarskiego, który odrodził się na fali decentralizacji państwa i przetrwał próby jego recentralizacji.

Krytycy samorządności zawodowej w środowisku lekarskim przez lata dowodzili – choć ostatnio tych głosów jest jakby mniej – że izby lekarskie są atrapą. Nikomu, poza może urzędnikami administracji państwowej, niepotrzebnym tworem. Samorządy, i te terytorialne, i może jeszcze bardziej zawodowe, działają w ramach określonych przez ustrój państwa i są częścią władzy publicznej. W przypadku samorządu zawodowego, w tym zawodów lekarza i lekarza dentystry, bardzo wąsko i precyzyjnie określoną częścią.

Są wokół tego liczne nieporozumienia. Można wskazać długą listę lekarzy, a więc członków samorządu, którzy w przeszłości niejednokrotnie publicznie zarzucali izbom, że istnieją same dla siebie albo „tylko po to, by administrować lekarzami”. Istoty samorządności nie rozumieją przede wszystkim politycy, przy czym stopień niezrozumienia bywa szokujący.

– Samorząd lekarski może czuć się bezpiecznie, dopóki ja jestem na Miodowej – mówił 13 maja 2016 r., podczas Krajowego Zjazdu Lekarzy dr Konstanty Radziwiłł, ówczesny minister zdrowia, gospodarz Miodowej, zaangażowany w budowę czy też odbudowę lekarskiej samorządności od początku tego procesu, od końca lat 80., wieloletni działacz Naczelnej Rady Lekarskiej i jej prezes przez dwie kadencje. Przykład skrajnej szczerości? Ostrzeżenie, że nie wszyscy w rządzie są tak życzliwie nastawieni do lekarskiej (i nie tylko) samorządności? A może jednak dowód, że nawet naprawdę wielkie zasługi dla samorządu zawodowego nie muszą oznaczać przekonania, że ma on gwarancje konstytucyjne, że jest po prostu wpisany w ustrój państwa. Artykuł 17. mówi wyraźnie, że w drodze ustawy można tworzyć samorządy

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA



zawodowe reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

To konstytucyjne umocowanie dotyczy konkretnych spraw: reprezentowania członków samorządu

Samorząd lekarski powinien się czuć bezpiecznie nie dlatego, że w rządzie zasiada życzliwy mu polityk, ale dlatego, że konstytucja dla polityków jest nienaruszalna

oraz sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu zaufania publicznego. Wszystkie inne kwestie regulowane są ustawą, którą można nowelizować (albo wręcz uchwalić nową), jednak fundamenty są oparte na konstytucji. I samorząd lekarski (a także każdy inny zawodowy oraz samorządy terytorialne) powinny się czuć bezpiecznie nie dlatego, że w rządzie zasiada życzliwy im polityk, tylko

dlatego, że konstytucja dla polityków jest nienaruszalna.

Jeśli jest oczywiście. To mogłaby zresztą być okoliczność łagodząca wydzwięk wypowiedzi Radziwiłła, który przecież przez kilka dobrych miesięcy był co najmniej świadkiem – jako członek pierwszego rządu Zjednoczonej Prawicy – demontażu konstytucyjnych zasad państwa prawa. W takim kontekście deklarację złożoną równo osiem lat temu delegatom na Krajowy Zjazd Lekarzy można by traktować wręcz jak przejaw politycznej odwagi.

ZA MAŁE WARTOŚCI

Reaktywacja samorządu lekarzy i lekarzy dentystry wyprzedziła zmiany ustrojowe, choć byłoby przesadą twierdzenie, że wyprzedziła proces demokratyzacji. On nie zaczął się przecież 4 czerwca 1989 r. Owszem, Joanna Szczepkowska ogłosiła na antenie telewizji, jeszcze wówczas nie do końca publicznej, że „4 czerwca skończył się w Polsce komunizm”, ale prawda jest taka, że ten proces zaczął się na długo przed datą pierwszych, częściowo wolnych wyborów parlamentarnych. Symboliczną datą niech będą

strajki na wybrzeżu w 1980 r., choć przecież można sięgnąć pamięcią jeszcze dalej.

Może warto, zwłaszcza tym, którzy twierdzą, że „samorząd jest lekarzom niepotrzebny” (bo mogą zrzesać się w towarzystwach naukowych czy związkach zawodowych), przypomnieć początki odtwarzania samorządności lekarskiej i założenia, że izb terytorialnych będzie jedenaście (tyle, ile było ośrodków akademickich pod koniec lat 80.), uzupełnionych przez trzy izby „mundurowe”. Bardzo szybko okazało się, że zgody wśród lekarzy na tak dużą centralizację samorządu nie ma. Blisko dekadę później to samo zjawisko powtórzyło się przy okazji finalizacji reformy samorządowej: jej twórcy początkowo zakładali, że województw będzie nie więcej niż dwanaście, znacząco mniejsza miała być też – w stosunku do obecnej – liczba powiatów. Ostatecznie w obydwu przypadkach wartości okazały się za małe. Nie, nie wobec ambicji mniej lub bardziej lokalnych polityków i działaczy (choć ten czynnik też nie był bez znaczenia), ale ze względu na poczucie przynależności i odrębności mieszkańców. Szczególnie, jak wspominał kiedyś jeden ze współtwórców reformy samorządowej, dr Jerzy Stępień, dało się to odczuć na etapie wyznaczania granic powiatów.

Z perspektywy czasu można się zastanawiać, że być może część ambicji samorządowych – czy mówimy o powiatach (a nawet województwach), czy też o izbach lekarskich – nie była na wyrost. Samorząd tworzy się oddolnie, taka jest jego istota. I wtedy tak się utworzył. Jeśli pozostaje żywy, może się przekształcać i zmieniać (również – dzielić lub łączyć, jeśli przemawiają za tym wystarczająco silne, racjonalne argumenty, a zmiana nie narusza istoty ustroju samorządowego).

CHWILA REFLEKSJI

Mija 35 lat od uchwalenia w maju 1989 r. pierwszej ustawy o izbach lekarskich i 15 lat od uchwalenia ustawy o izbach lekarskich w kształcie, w którym obowiązuje dziś. Rocznice to kwestia umowna, można je obchodzić, można ignorować, a można wykorzystać do chwili refleksji, zwłaszcza że moment wydaje się nader odpowiedni. Za samorządem lekarskim (i za samorządnością ogólnie) trudne doświadczenie ośmiu lat rządów partii jawnie stawiającej na centralizację państwa w wielu (jeśli nie wszystkich) jego wymiarach.

Nie ma lepszego narzędzia centralizacji niż pieniądze. Raport Najwyższej Izby Kontroli opublikowany w ostatnich tygodniach potwierdził to, co było widoczne gołym okiem: rząd PiS tak przygotowywał algorytm podziału środków należnych samorządom z tytułu wykonywania niektórych zadań, by „ukarać” niepokornych. Oślawione już tekturowe i piankowe czekki, z którymi politycy opcji rządzącej chętnie się fotografowali w „swoich” gminach czy powiatach, to znak nie hojności,

To pieniądze decydują, na ile wspólnota może się sama rządzić, a na ile pozostaje zależna i w przypisanych sobie kompetencjach – niesamorządna

ale podporządkowania. To pieniądze decydują, na ile wspólnota może się sama rządzić, a na ile pozostaje zależna i również w przypisanych sobie kompetencjach – niesamorządna. Pieniędźmi można też było wzmacniać lub próbować osłabiać samorządy zawodowe. I takie działania również były podejmowane, o czym warto pamiętać choćby w kontekście decyzji o wysokości składki na izbę lekarską.

CZASEM „NIEWIELE” OZNACZA „WYSTARCZAJĄCO DUŻO”

A co z kompetencjami? „Dlaczego izby nic z TYM nie robią?”. „Od czego są?”. „Po co płacimy składki, skoro izby nie mogą nic zrobić?”. Śledząc od lat, od bardzo wielu, sytuację w samorządzie lekarskim, również na jego „dołach”, czyli wśród lekarzy członków samorządu, można zaobserwować frustrację wynikającą po części z czynników obiektywnych (na pierwszy rzut oka izby rzeczywiście niewiele mogą), po części z braku porozumienia, co to naprawdę znaczy „móc coś zrobić”. Czasem „niewiele” oznacza „wystarczająco dużo”.

– Mamy zdecentralizowany system, w którym nie ma nikogo, kto jest odpowiedzialny za pracowników. Za daleko poszliśmy w kierunku liberalizacji, za dużo swobody w decydowaniu daliśmy niektórym korporacjom zawodowym – słowa Marii

Ochman, przewodniczącej NSZZ „Solidarność” Ochrony Zdrowia, podczas kwietniowego Kongresu Rzecznicy Zdrowia padły w konkretnym kontekście, gdy mowa była o problemach kadrowych w zawodzie lekarza i kominach płacowych, czyli wysokości kontraktów. I o tym, że to nie urzędnicy ministerialni czy wojewódzcy decydują o tym, jakie specjalizacje wybierają młodzi lekarze i gdzie oraz na jakich warunkach lekarze podejmują pracę. Nie decydują o tym również izby lekarskie, ale stoją one na straży tego, by lekarzom nie narzucano rozwiązań, na które się oni nie godzą zarówno jako jednostki, jak i cała społeczność.

Nie ma lepszego dowodu, że niekiedy wystarczy konsekwencja w powtarzaniu dobrze uargumentowanego „nie”, by nie tylko wywołać u decydentów stan bliski furii, ale realnie wpłynąć na rzeczywistość. Dokładnie tak, jak pisał Czesław Miłosz:

„Nie jesteś jednak tak bezwolny, A choćbyś był jak kamień polny, Lawina biegnie od tego zmienia, Po jakich toczy się kamieniach. I, jak zwykły mawiać już ktoś inny, Mozesz, więc wpłynij na bieg lawiny”.

Samorząd lekarski wpłynął na bieg lawiny – co do tego nie ma wątpliwości. W sprawie zalewu nowych kierunków lekarskich, praktycznie pozbawiona wsparcia instytucjonalnego ze strony tych, którzy z równą determinacją powinni stać na straży jakości kształcenia, Naczelna Rada Lekarska trwała, znosząc historyczne wręcz niekiedy ataki ze strony rządzących. Mówiących (Przemysław Czarnek) o „bezzgranicznej bezczelności NRL” czy nawołujących (również Przemysław Czarnek), by „izby przestały węszyć”, gdy NRL podawała w wątpliwość zasadność wydania zgody na uruchomienie kierunku lekarskiego w uczelni, której rektor jest czynnym politykiem poprzedniej opcji rządzącej. Można powiedzieć: Cóż, Czarnek? Minister nauki nie ma nic do samorządu lekarskiego. Ot, pohukiwania.

Tak oczywiście nie było. Przemysław Czarnek wówczas pozostawał (i nadal jest) jednym z najbardziej wpływowych polityków swojej formacji, z jeszcze większymi

ambicjami politycznymi – fotel premiera podobno nie jest wcale ich szczytem. A przecież nie tylko były minister edukacji i nauki stawał w kontrze do samorządu. Nie jedną, nie dwie i nawet nie pięć, bo znacznie więcej wypowiedzi o „obronie korporacyjnych interesów” można przypisać byłemu ministrowi zdrowia Adamowi Niedzielskiemu. A jego zastępca Piotr Bromber kilka tygodni przed październikowymi wyborami parlamentarnymi mówił, że ponieważ samorząd lekarski odrzuca wszystkie propozycje resortu zdrowia twardym: „nie”, „trzeba się zastanowić, czy nie rozwiązać tego inaczej”.

– Gdyby wybory 2023 potoczyły się inaczej... – prezes Naczelnej Rady Lekarskiej nie raz w ostatnich miesiącach odnosił się do tego, co mogłoby się wydarzyć. I nic lepiej nie oddaje realności zagrożeń, jakie zawisły nad obecnym modelem samorządności lekarskiej, zwłaszcza w ostatnich czterech latach, gdy pandemia COVID-19 przeniosła napięcia między środowiskiem lekarskim a klasą polityczną na nienotowane wcześniej rejestry.

BY LAWINA ZMIENIŁA BIEG

Samorząd lekarski od początku swojej najnowszej historii w III RP był dla rządzących kamieniem, który niekiedy nadawał nowy kierunek lawinie zmian, a niekiedy „tylko” boleśnie uwierał, przypominając decydom tę podstawową prawdę, że proces podejmowania decyzji musi uwzględniać coś więcej niż interes polityczny czy ich własne ego. Byli ministrowie, którzy radzili sobie z tym lepiej, byli tacy, którzy nie radzili sobie wcale, wchodząc z samorządem lekarskim – czy też po prostu ze środowiskiem lekarskim – w klincz i trwając w nim do końca (ich ministerialnej kariery, nie samorządu).

Nałożony przez konstytucję obowiązek reprezentowania lekarzy i lekarzy dentyistów izby lekarskie realizują przede wszystkim poprzez wypracowywanie stanowisk wobec planowanych przez decydentów rozwiązań systemowych. To olbrzymia praca, biorąc pod uwagę zwłaszcza jakość naszej legislacji. Przez osiem ostatnich lat nie można było tracić z oczu niemal żadnej ustawy, bo do każdej (literalnie) mogły trafić zapisy bezpośrednio lub pośrednio dotyczące ochrony zdrowia. Nieraz na grupach lekarskich pada pytanie: po co, skoro i tak nikt tego nie uwzględni, politycy robią, co chcą?

Po pierwsze, tak jest. Rzeczywiście, przykłady ignorowania głosu samorządu lekarskiego w procesie legislacyjnym

mogłyby wypełnić niejedną stronę „Gazety Lekarskiej”.

Po drugie, to rola owego „kamienia”, który musi robić swoje, czyli być po to, by w końcu lawina skreśliła, zmieniła bieg. By w sprawach kluczowych, takich choćby jak kształcenie lekarzy, mieć wpływ na rzeczywistość, móc ją kształtować.

Wyzwań, którym musiały stać czoła izby lekarskie, było przez 35 lat niemało. Najspokojniej – co nie znaczy, że łatwo i bez problemów – było, paradoksalnie, w pierwszych kilku latach odrodzonej Polski. Powód? Smutny. Zasadnicze zmiany w systemie ochrony zdrowia odłożono „na później”. Samorząd mógł się w większym stopniu zająć sobą, podziałami wewnątrz środowiska lekarskiego, definiowaniem swojej roli w demokratycznym, ale mocno

Izby lekarskie stoją na straży tego,
by lekarzom nie narzucano rozwiązań,
na które się nie godzą jako jednostki,
jak i cała społeczność

rozderganym kraju. Uceniem się samorządności. Choć bieżących problemów systemowych nie brakowało: choćby zjawisko „nadpodaży” lekarzy i odziedziczonej po PRL pauperyzacji tego zawodu.

Lawina ruszyła w drugiej połowie lat 90., gdy rozpoczęły się najpierw koncepcyjne, potem coraz bardziej realne prace nad zmianą systemu i wprowadzeniem ubezpieczeń zdrowotnych. I, można powiedzieć, od tego czasu, czyli blisko 30 lat, samorząd (razem ze wszystkimi interesariuszami, w tym przede wszystkim pacjentami) pozostaje do dziś. Wprowadzenie kas chorych. Likwidacja kas chorych. Wprowadzenie NFZ. Zmiany w NFZ zmierzające do jego częściowej decentralizacji. Ponowna centralizacja NFZ (rozpoczęta za rządów PO-PSL i kontynuowana „ponad podziałami” przez następców). A przecież to tylko jeden wątek, w dodatku wcale nie najważniejszy – przynajmniej dla samorządu zawodowego.

Czas pracy i wynagrodzenia lekarzy. To nie są przecież kwestie zarezerwowane dla związków

zawodowych. Od ich uregulowania zależy – w ogromnym stopniu – jakość opieki, jaką otrzymuje pacjent. Politycy udają, że tego nie rozumieją lub posuwają się do bon motów „lepszy zmęczony lekarz niż żaden”. A przecież „jakość” lekarza jest w procesie diagnostycznym i terapeutycznym kluczowa. Stąd starania o regulację czasu pracy, o godną płacę z jednej strony, z drugiej – o wysoką jakość kształcenia, wysoką jakość weryfikacji jego efektów (egzamin, zarówno końcowy, jak i specjalizacyjny) i o to, by nie otwierać szeroko rynku pracy dla lekarzy spoza UE. Starania, które były i nadal pozostają na liście „do wykonania”, ale nie rozpoczęły się w ostatnich ośmiu latach.

Jakość kształcenia. Kamień o tyle wpłynął na bieg lawiny, że politycy musieli się zatrzymać w swoim entuzjazmie dla otwierania – bez kontroli merytorycznej i gwarancji jakości – nowych kierunków lekarskich. Los tych, które zostały uruchomione bez pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej, rozstrzygnie się w maju, najpóźniej na przełomie maja i czerwca. Sukces nie jest ani pełny, ani pewny – ale w stosunku do realiów sprzed roku widać ogromną zmianę. Samorząd lekarski zyskał sojusznika (Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych), a może nawet sojuszników, bo również wielu ekspertów wypowiada się jednoznacznie przeciw degradacji systemu kształcenia lekarzy.

System *no fault*. Gdy w 2022 r. Krajowy Zjazd Lekarzy zdecydował o powierzeniu Łukaszowi Jankowskiemu misji kierowania samorządem lekarskim, ten zapowiedział, że najważniejszym zadaniem kadencji będą starania o wprowadzenie systemu *no fault*. Ówczesne realia polityczne – ale i doświadczenie z polityką w ogóle – kazały z dużą ostrożnością szacować szanse na sukces. A jednak po dwóch latach można powiedzieć, że środowisko lekarskie nigdy nie było bliżej realizacji tego postulatu niż w tej chwili. Obietnicę ze strony ministra sprawiedliwości Adama Bodnara lekarze mogą traktować jako wiążącą, a koncepcja klauzuli wyższego dobra ma szansę zyskać zrozumienie i po stronie dużej części klasy politycznej (choć nie będzie to powszechna akceptacja), i po stronie opinii publicznej.

Klauzula sumienia. Spór o nią – prawdopodobnie – wkracza w nową fazę, w której stronami będą jednak nie lekarze i urzędnicy, ale urzędnicy i podmioty lecznicze. Nie znaczy to, że samorząd lekarski nie będzie się bacznie przyglądał zmianom zachodzącym w podejściu organów ściągania do lekarzy powołujących się – w sytuacjach, gdy jest to zgodne z prawem – na klauzulę sumienia.

MRÓWCZA PRACA

Nie wszystkie zadania – i nawet nie większość – tych, które na samorząd nakłada ustawa o izbach lekarskich i które wpisują się w istotę samorządności, realizowane są w blaskach fleszy i w świetle jupiterów, w studiach telewizyjnych, na konferencjach prasowych i podczas kongresów poświęconych tematyce zdrowotnej. To, można powiedzieć, wierzchołek góry, u której podstawy jest po prostu zwyczajna praca. Również postponowane przez krytyków „administrowanie” z wydawaniem praw wykonywania zawodu, prowadzeniem rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów (oraz felczerów) czy prowadzenie kursów i szkoleń. Choćby w obszarze tak potrzebnych kompetencji miękkich, zdolności komunikacyjnych, obejmujących zarówno relacje z pacjentami, jak i komunikację z innymi członkami zespołów terapeutycznych. To m.in. również obszar dokumentacji medycznej i utrzymywania przepływu informacji na temat uprawnień lekarzy z odpowiednikami samorządu w innych krajach UE.

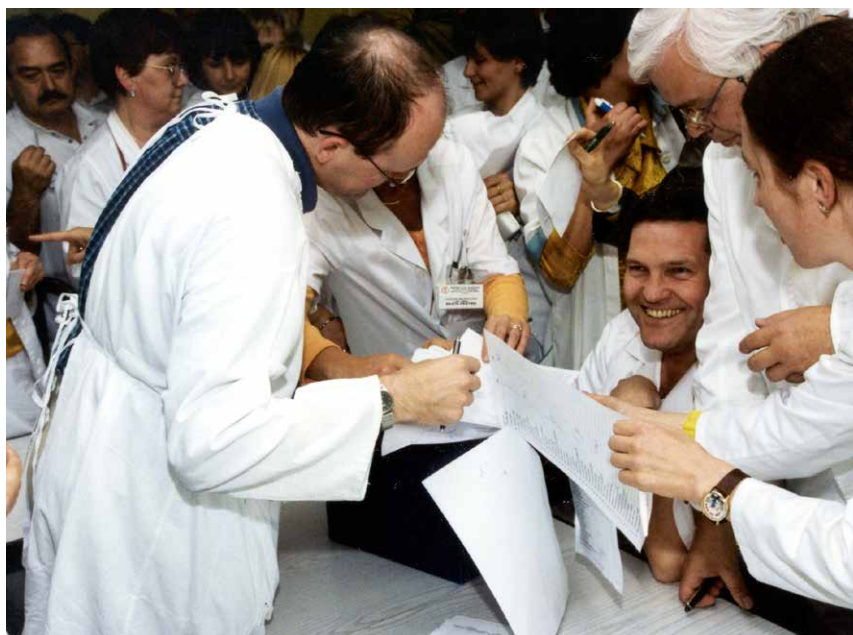
Mrówcza praca u podstaw to również wszystkie aktywności samorządu o charakterze socjalnym, integracyjnym. Z jednej strony działania kierowane do lekarzy seniorów, którzy potrzebują wsparcia (często również o charakterze bytowym, finansowym), ale nie tylko. Finansowanie szczypten zalecanych, a więc płatnych, dla najmłodszych bale mikołajkowe, pikniki rodzinne, imprezy sportowe i kulturalne – to wszystko ma na celu pomoc i integrację środowiska, bez której trudno wyobrazić sobie żywy samorząd.

SÓL W OKU

Zmudna, choć budząca wiele emocji, jest praca pionu odpowiedzialności zawodowej samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów, rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz sądów lekarskich. To ich działalność jest solą w oku środowisk antynaukowych, ale i części polityków, którzy w minionym czasie chcieli wręcz użyć działalności pionu odpowiedzial-

► Lekarze jednego z lubelskich szpitali podczas głosowania w pierwszych wyborach do samorządu lekarskiego

foto: Marek Staniewicz



ności zawodowej jako pretekstu do zakwestionowania legalności, a na pewno zgodności z konstytucją, istnienia samorządu lekarskiego w jego obecnym kształcie. Temu miał służyć powołany pod koniec kadencji parlamentarny zespół ds. zbadania działalności izb lekarskich, w którego prace nadzwyczaj aktywnie włączyło się ówczesne kierownictwo Ministerstwa Sprawiedliwości. Wystarczy wspomnieć wniosek, który były prokurator generalny Zbigniew Ziobro złożył w Trybunale Konstytucyjnym Julii Przyłębskiej, dotyczący zbadania zgodności z konstytucją przepisów ustawy o izbach lekarskich w części dotyczącej obligatoryjności przynależności lekarzy do istniejącego samorządu. Teza była taka, że konstytucja, wprowadzając samorząd zawodowy, nie przesądza, że ma być jeden. A argumentacja, że skoro lekarzy mogą różnić wyznawane systemy wartości, zapatrywania na to, co jest etyczne, a co nie, należy dopuścić, by na przykład lekarze kwestionujący bezpieczeństwo szczepień mogli się zrzeszać w odrębnym samorządzie.

Wniosek w sprawie samorządu lekarskiego nie był bynajmniej pierwszy. Wcześniej, tuż przed ostatnim Krajowym Zjazdem Lekarzy, grupa posłów obozu wówczas rządzącego (2022 r.) złożyła wniosek do

Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z konstytucją ustaw o dwóch samorządach zawodów prawniczych – adwokatów i radców prawnych. Cel? Zbliżony do tego, który przyświecał późniejszemu wnioskowi prokuratora generalnego. Cel bezpośredni, bo wspólnym mianownikiem tych działań – a wcześniej skutecznie podjętych prób podporządkowania władzy politycznej niezależnych sędziów i prokuratorów – było podważenie istoty samorządności zawodów zaufania publicznego. Uzależnienie ich i podporządkowanie władzy politycznej.

Pandemia wyostrzyła, co do tego nie ma wątpliwości, spory wokół niektórych kwestii dzielących środowisko lekarskie, co miało i ma odbicie w aktywności pionu odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Jednak ani te spory, ani próby wykorzystania ich w rozgrywce politycznej nie osłabiły samorządu, który odrodził się na fali decentralizacji państwa i przetrwał próby jego recentralizacji. Nie jako opozycja wobec władzy, tylko jako niezależna, nawet jeśli o bardzo wąskich uprawnieniach, jej część, skoncentrowana na tym, by powierzone jej w konstytucji zadania wykonywać jak najlepiej. ●

Autorka jest dziennikarką portalu Medycyna Praktyczna i miesięcznika „Służba Zdrowia”

WAŻNE SPRAWY

Mała książeczka o dużym znaczeniu

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Uchwalenie ustawy o izbach lekarskich dla środowiska medycznego oznaczało jedno: po latach niebytu znów mają własny samorząd i mogą decydować o sprawach tak ważnych, jak wykonywanie zawodu. Wiązało się to jednak z pilną potrzebą przypomnienia zasad etycznych.

Przystąpiono do ich opracowywania, powołując w tym celu specjalny zespół roboczy złożony z wybitnych postaci świata prawa i medycyny. W jego składzie znaleźli się prof. Zbigniew Chłap z Krakowa, dr Jerzy Umiastowski z Gdańska, dr Wanda Terlecka z Częstochowy, dr Maria Łastowska z Warszawy i dr Stanisław Wencelis z Rybnika.

ORĘDOWNICY HIPOKRATESA

Dopiero co ukonstytuowana samorządność lekarska potrzebowała mocnych filarów etycznych, na których mogłaby się wesprzeć. Zarządzanie placówkami ochrony zdrowia, podejście do wykonywania zawodu lekarza, pomysły na temat przygotowywanej reformy systemu lecznictwa wciąż były prześlągnięte mentalnością i stylem pracy rodem z PRL. Trzeba było jasno sprecyzować, jak lekarz – niezależnie od miejsca, w którym pracował czy którym kierował – powinien się zachować w różnych, także trudnych moralnie, sytuacjach.

Czas naglił i zespół w zaledwie dwa lata przygotował projekt Kodeksu Etyki Lekarskiej, który przedstawił w 1991 r. na II Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy, odbywającym się w Hali Sportowej Włókniarz w Bielsku-Białej. Było to wydarzenie epokowe, a obrady nad projektem burzliwe. Dr Stanisław Wencelis, który uczestniczył w uroczystości 25-lecia uchwalenia KEL zorganizowanej w tej samej Hali Sportowej Włókniarz, wspominając ten czas, powiedział, że najwięcej kontrowersji budziły proponowane zapisy dotyczące odmowy wykonywania aborcji, która wówczas zgodnie z obowiązującym prawem była legalna do 12. tygodnia ciąży.

Dyskusja na ten temat poróżniła nie tylko lekarzy, ale i polityków, prawników oraz przedstawicieli mediów. Cel osiągnięto, KEL uchwalono i stał się on coraz ważniejszym dokumentem akceptowanym przez większość środowiska lekarskiego. Od początku jednak widziano konieczność nowelizacji tego dokumentu. Zrobiono to dwukrotnie: w 1993 r. i w 2003 r. Obecnie zawarte w nim zapisy stanowią swoisty dekalog, którym każdy lekarz i lekarz dentyista ma obowiązek posługiwać się w codziennej praktyce. Ale czy KEL jest przystawalny do obecnych warunków, w jakich przyszło żyć i pracować lekarzom i lekarzom dentyistom?

NOWE WYZWANIA, NOWE ZAPISY

Są co do tego wątpliwości w środowisku medycznym i ma je rozstrzygnąć przygotowana kolejna nowelizacja. Już na początku obecnej IX kadencji, na pierwszym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej podjęto decyzję o zwołaniu XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbędzie się w maju tego roku i będzie w dużej części poświęcony problemom etycznym, komentarzom do Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz zmianom w tym dokumencie. Wniosek w tej sprawie zgłosił Maciej Hamankiewicz ze Śląskiej Izby Lekarskiej (prezes NRL VI i VII kadencji, członek NRL) już na pierwszym posiedzeniu NRL bieżącej kadencji, przekonując, że środowisku zależy, aby KEL dostosowywać do realiów. Paweł Czekalski, prezes ORL w Łodzi i członek NRL dodał, że jeśli

samorząd nie będzie pilnował spraw etyki i samorządności zawodowej, będzie spychany na margines.

Projekt nowelizacji KEL opracowała Komisja Etyki Lekarskiej NRL, a jego ostateczny kształt ma uwzględniać wyniki konsultacji samorządowych i społecznych. Nowelizacja ma na celu zapewnienie wysokich standardów etycznego postępowania w zawodzie lekarza oraz dostosowanie się do nowych wyzwań i oczekiwań w obszarze medycyny. Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL Artur de Rosier podkreślał, że każda zainteresowana strona miała możliwość zapoznania się z projektem, zgłoszenia swoich uwag i sugestii, w których uwzględniono opinie zarówno zawodowych organizacji medycznych, jak i pacjentów oraz społeczności medycznej. Obecna wersja projektu zawiera zarówno nowe artykuły kodeksu, jak i zachowane, wynikające z obowiązujących przepisów. Dołączone są do nich również komentarze wyjaśniające i interpretujące poszczególne przepisy, zebrane od lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy zamieścili je na stronie NIL. Nowy projekt uwzględni również wypracowane opinie na temat zmian w zapisach KEL w Komisji Etyki Lekarskiej NRL w poprzednich dwóch kadencjach, które nie doczekały się prezentacji na Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy (z powodu pandemii został odwołany). Pierwszy i dziś już historyczny KEL wciąż stanowi filar wszystkich działań, zyskując rangę malej, ale wielkiej niebieskiej książeczki. ●

WAŻNE SPRAWY

Kodeks nadaje profesji ludzką twarz

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Postawa etyczna lekarza zależy nie tylko od tego, w jakich warunkach pracuje, ale także od tego, jak został wychowany, jakie miał wzorce i kto go uczył zawodu – mówi dr Wanda Terlecka, członkini zespołu roboczego opracowującego projekt Kodeksu Etyki Lekarskiej odrodzonego samorządu lekarskiego.

Czy spodziewała się Pani, że zostanie pierwszą przewodniczącą Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi?

Absolutnie nie. Mieszkałam i pracowałam w Częstochowie, szczególnych kontaktów ze środowiskiem lekarskim łódzkim nie miałam. Przez dwa lata działałam w ogólnopolskim Komitecie przygotowującym odrodzenie izb lekarskich w Polsce. Podział na poszczególne izby nie był dokończony nieomal do I Zjazdu Wyborczego. Krótko przed jego terminem okazało się, że lekarze ówczesnego województwa częstochowskiego wraz z lekarzami województwa łódzkiego, piotrkowskiego, sieradzkiego i skierniewickiego tworzą Izbę Łódzką, jedną z największych.

Przebieg Zjazdu Wyborczego w Łodzi był na tyle dramatyczny, że mogło dojść do jego zerwania. Po długich i burzliwych dyskusjach jego uczestnicy nie mogli dojść do porozumienia co do wyboru przewodniczącego – choć wydawało się, że wybory powinien wygrać ktoś z Łodzi – a to oznaczało niepowodzenie i komplikacje. Ponieważ pochodziłam spoza tego środowiska i nie byłam związana z żadnymi ugrupowaniami, mogłam spojrzeć na sprawy świeżym okiem. Być może ta świeżość oraz zapał i zaangażowanie w wydarzenia dziejące się w kraju wydawały się cenne i twórcze w oczach kolegów, których przecież wtedy w większości nie znałam. Kiedy już zgodziłam się

kandydować na przewodniczącą, wygrałam te wybory przeważającą liczbą głosów, co było dla mnie zaskakujące. Trudno mi było pogodzić pracę i życie w Częstochowie z dojazdami do Łodzi,

Pacjenci oczekują od lekarza nie tylko profesjonalizmu, ale i empatii, a więc ludzkich odruchów

ale podjęłam to wyzwanie, mimo że nikt z nas nie miał żadnego doświadczenia ani narzędzi, by budować nowe struktury izb. We współpracy z kolegami ze wszystkich województw zdołałam położyć solidne fundamenty pod izbę łódzką.

Polskie środowisko lekarskie najbardziej jednak kojarzy Panią z tworzeniem projektu Kodeksu Etyki Lekarskiej, ponieważ należała Pani do zespołu roboczego opracowującego ten dokument.

Na ten temat narasta wiele mitów, które staram się przy każdej okazji obalać, jeśli nie pokrywają się z faktami, bo w materii dotyczącej narodzin Kodeksu Etyki Lekarskiej prawda jest ważna; dokument ten ma już znaczenie historyczne.

Konieczność podjęcia pracy nad projektem KEL pojawiła się na początku pracy Naczelnej Rady Lekarskiej odrodzonego samorządu i stała się priorytetem, mimo że było również wiele innych spraw, które wymagały jak najszybszego rozwiązania. Mając świadomość, jakie znaczenie dla wykonujących zawód lekarzy ma określenie jasnych zasad etyki i posługiwanie się nimi w codziennej praktyce, ówczesny prezes NRL prof. Tadeusz Chruściel dał nam dwa lata na ich opracowanie. To była wielka odwaga z jego strony i całej NRL, aby taką decyzję podjąć w warunkach, kiedy panował jeszcze chaos, z którego dopiero wyłaniały się zręby administracyjne struktur samorządowych. Przekonał jednak do tej idei członków Naczelnej Rady Lekarskiej, która powołała roboczy zespół redakcyjny pracujący nad projektem KEL. Byłam jego członkiem i pamiętam, jak intensywny był dla nas ten czas. Naszym zadaniem bowiem było nie tylko przygotować treść tego dokumentu, ale doprowadzić do jego przyjęcia przez Zjazd.

W tym miejscu należy się uklon w kierunku prof. Zbigniewa Chłapa z Krakowa, wybitnego patomorfologa i naukowca, który był wówczas przewodniczącym Komisji Etyki Naczelnej Rady

Lekarskiej i przewodniczącym naszego małego, zaledwie kilkusobowego, zespołu. Należy pamiętać, że w tym czasie w kraju zachodziły polityczne przemiany, które obecne pokolenie lekarzy zna już tylko z relacji swoich rodziców czy dziadków. Dla wielu lekarzy przesiąkniętych jeszcze peerelowską mentalnością, wyznających różne wartości, zapisy w KEL były czymś zupełnie nowym i wymagały zmiany sposobu myślenia.

Czy spieraliście się o to, jak mają wyglądać zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej, czy ważniejsza była wówczas sama idea jego powstania jako dokumentu o znaczeniu historycznym?

Oczywiście, w wielu kwestiach różniłyśmy się nawet diametralnie, ale to były spory konstruktywne. Chcieliśmy, aby dokument był spójny, jak najlepiej dopracowany merytorycznie, by idea etyki wykonywania zawodu lekarza nie przyćmiła zawartych w nim treści. W zespole pracowało nam się bardzo dobrze. Jak już wspomniałam, byłam w tym czasie przewodniczącą organizującej się OIL w Łodzi, jednocześnie kontynuowałam pracę zawodową w Częstochowie i uczestniczyłam w tworzeniu projektu KEL. Zespół redakcyjny spotykał się głównie w Krakowie ze względu na miejsce i specyfikę pracy prof. Zbigniewa Chłapa. W naszym małym gronie mogliśmy powiedzieć sobie wszystko, dzięki czemu można było na bieżąco rozstrzygać wszelkie wątpliwości, obawy, niejasności. To było pracochłonne, wymagało od nas mobilności, uważności i skrupulatności, ale też bardzo cenne. Przecież w tym czasie wiele tematów w medycynie dopiero się rodziło, np. podstawy etyczne pobierania narządów do przeszczepów. Dbaliśmy o to, aby zasady etyczne zawarte w KEL były przekazane jasnym, klarownym tekstem, który mógłby być zaakceptowany przez całe środowisko lekarskie.

Zapisy w Kodeksie to skomplikowana materia.

Tym bardziej że środowisko lekarskie podchodzi do spraw etyki ze szczególnymi emocjami, zawsze więc będą się pojawiały różnice zdań. Proszę pamiętać, że postawa etyczna lekarza zależy nie tylko od tego, w jakich warunkach pracuje, ale także od tego, jak został wychowany, jakie miał wzorce, kto



fot.: archiwum prywatne

go uczył zawodu. Etyki wówczas nikt nie wykładał na studiach medycznych, a przecież dylematy moralne, które lekarz musi rozstrzygać w codziennej praktyce, są odwieczne. Aby

Jeżeli Kodeks Etyki Lekarskiej sprowadzimy tylko do deontologii, to rolę lekarza sprowadzimy wyłącznie do powinności i obowiązków

więc myśleć szerzej i głębiej, potrzebna jest wiedza na ten temat. I te wszystkie aspekty pojawiające się w pracy lekarza trzeba było zawrzeć w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Udało nam się też dotrzymać wyznaczonego terminu. Zarzucano nam wprawdzie, że lekarze mieli za mało czasu na zgłaszanie uwag. Ale tak naprawdę kto chciał, to te uwagi zdążył zgłosić, a reszta była krytyką dla krytyki. Wówczas ważniejsza była idea przyjęcia tego dokumentu przez zjazd niż czytelowanie zapisów, które można było skorygować na kolejnych zjazdach i takie korekty były wprowadzone. Treść KEL przez

33 lata od jego ustanowienia nie uległa zmianie i wciąż stanowi podstawę dla udoskonalania pewnych sformułowań i wprowadzania nowych pojęć do tych zapisów.

Czy lekarze mają świadomość, że posługują się Kodeksem Etyki Lekarskiej, choć rzadko zaglądają do tej niebieskiej książeczki?

Od momentu uchwalenia KEL na I Nadzwyczajnym Zjeździe Lekarzy w Bielsku-Białej w 1991 r. jego treść zaczęła obowiązywać każdego lekarza, ale czy stosują się oni do zasad etycznych zawartych w tej małej, niebieskiej książeczce, trudno jednoznacznie odpowiedzieć. Wiele zależy od środowisk, z których się wywodzą, i nauczycieli, którzy ich kształtowali, uczyli zawodu, u których się specjalizowali. Wiele też zależy od zwierzchników, którzy dziś bardziej są administratorami placówek niż medykami. Chodzi o to, aby te dobre zasady etyczne starsi lekarze przekazali młodszemu. Pacjenci oczekują od lekarza nie tylko profesjonalizmu, ale i empatii, a więc ludzkich odruchów. Przez kilkanaście lat wykładałam bioetykę dla lekarzy po dyplomie, uczestniczący w zajęciach lekarze mogli więc zadawać pytania, dyskutować, ale zainteresowanie zgłębianiem tego tematu było niewielkie.

Postęp w medycynie sprawia, że KEL musi do niego dostosować swoje zapisy. Niektórzy chcą zmian rewolucyjnych, co może sprowadzić ten dokument do deontologii. Czy istnieje taka obawa?

Takich sygnałów jest bardzo wiele. Nie można jednak dopuścić do tego, aby lekarz przestał być człowiekiem. Jeżeli Kodeks Etyki Lekarskiej sprowadzimy tylko do deontologii, to rolę lekarza sprowadzimy wyłącznie do powinności i obowiązków, które zostały mu powierzone. Kodeks Etyki Lekarskiej to coś więcej, przyjmuje istnienie obiektywnych norm moralnych, którymi lekarz się posługuje, wykonując te obowiązki. Nadaje profesji lekarza ludzką, osobową twarz. ●

PRAWO I MEDYCYNĄ

Mój punkt widzenia na sądownictwo lekarskie

Każdy, kto decyduje się być lekarzem, musi mieć świadomość, że medycyna to nie matematyka, ale sztuka, w której powodzenie zależy od wiedzy, intuicji, doświadczenia, empatii.

Ustawa o izbach lekarskich weszła w życie 35 lat temu i odrodzony samorząd lekarski przejął wszystkie sprawy związane z odpowiedzialnością zawodową lekarzy. Ale tak naprawdę był to tylko powrót do przeszłości, bo historia sądownictwa lekarskiego w Polsce zaczęła się w 1921 r., kiedy to ustawowo powołano samorząd lekarski i Sąd Lekarski (SL). Działał on inaczej niż dzisiejszy sąd. Funkcję rzeczników i oskarżycieli pełnili członkowie SL wyznaczani przez przewodniczącego. Nowelizacja tej ustawy w 1934 r. umocniła jeszcze bardziej rolę SL, który całkowicie samodzielnie zajmował się wszystkimi sprawami odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

UCIEC JAK NAJDALEJ

Z przekazów moich starszych kolegów, którzy jednocześnie byli moimi pacjentami, głównie doktora Rosyka ze Lwowa, zapamiętałem, jak wielką estymą cieszył się przedwojenny SL w środowisku. Lekarze nie bali się sądów powszechnych, jeśli tylko mieli dobrego adwokata, natomiast powszechnie uważali, że prawdziwa odpowiedzialność jest przed SL, bo tam będą ich oceniać ludzie doskonale znający tajniki zawodu. Uznanie lekarza za winnego przez SL wiązało się z taką infamią, że lekarz, jeśli miał pozostawione prawo wykonywania zawodu, musiał wyjechać jak najdalej i w praktyce przenieść się do innej izby lekarskiej. Po wojnie zlikwidowano izby lekarskie, a odpowiedzialnością zawodową zajęły się okręgowe komisje kontroli zawodowej. O tych komisjach mogę

JACEK MIARKA
PRZEWODNICZĄCY
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



powiedzieć więcej, bo zdarzyło mi się brać w nich udział.

KOLEJNE LATA

Byłem tam często jedynym lekarzem, dominowały tzw. czynniki społeczne mające bardzo uproszczone pojęcie o medycynie, ale należy też powiedzieć, że spraw było mało i były one dużego kalibru, np. złe skutki zabiegu wykonywanego przez lekarza upojonego alkoholem. Społeczeństwo nie było też wtedy tak roszczeniowe jak teraz.

Ustawa z 1989 r. rozdzieliła role rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich. W styczniu 1990 r. wybrano

W każdej grupie zawodowej,
także w naszej, zdarzają się
patologie, a my jesteśmy po to, by je
wychwytywać

pierwszego naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, a w marcu przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL).

Został nim prof. Tadeusz Wencel, który organizował od podstaw pracę NSL. Prezes Sądu Najwyższego (SN) oddelegował wówczas do współpracy z NSL trzech, w mojej opinii świetnych, sędziów SN: Lidę Misiurkiewicz, Halinę Gordon-Krakowską i Teresę Romer. Panie przewodniczyły w posiedzeniach SL. Uczyliśmy się od nich przede wszystkim procedury, sposobu prowadzenia rozpraw, właściwego prowadzenia akt. Ich obecność dawała nam poczucie dużego bezpieczeństwa i komfortu, a także gwarancję właściwego zachowania stron w SL – podnosiło to rangę NSL. Niestety, przeobrażenia w polskim sądownictwie spowodowały wycofanie z działalności NSL sędziów SN, co bardzo podniosło poprzeczkę wymagań dla nas.

W II i III kadencji przewodniczącym NSL był prof. Władysław Nasiłowski, niekwestionowany autorytet zawodowy i moralny, a mój mentor. Profesor był jedną z najważniejszych postaci polskiej medycyny sądowej, nauczycielem wielu pokoleń lekarzy i prawników. Prof. Wencel i Nasiłowski niestety odeszli już od nas na wieczny dyżur, pozostała nam tylko pamięć

i wielka wdzięczność za ich pracę dla sądownictwa lekarskiego.

Przewodniczącym IV i V kadencji NSL został prof. Romuald Krajewski, wybitny lekarz i skromny człowiek. Za jego kadencji wycofano sędziów SN, co stało się wyzwaniem dla składów sędziowskich, ale utrzymano kontakt i na każdym szkoleniu są oni naszymi gośćmi i wykładowcami. W tym czasie nadano pokrzywdzonym uprawnienia strony, wprowadzono jawność postępowań oraz statystykę liczby spraw i czasu postępowania.

Przewodniczącym VI kadencji został dr Jerzy Nosarzewski, a kolejnej VII i VIII dr Wojciech Łacki. Za czasu Ich kadencji nowelizowano ustawę o izbach lekarskich, rozszerzono katalog kar i wprowadzono pewne zapisy z Kodeksu karnego do sądownictwa lekarskiego.

TROSKA O PRZYSZŁOŚĆ

Jako przewodniczący NSL IX i już połowy X kadencji chciałbym przede wszystkim wyrazić wielki szacunek dla pracy moich poprzedników i wysiłku, który włożyli w budowanie od podstaw pionu odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Chcę podkreślić, że nie ma u nas łatwych kadencji, to samo dotyczy okręgowych sądów lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Natomiast z wielką troską patrzę w przyszłość: jest coraz mniej lekarzy chętnych do pracy, a spraw coraz więcej. Wszyscy moi żyjący poprzednicy nadal pracują w sądownictwie lekarskim i to na starych sędziach opiera się praca sądów i rzeczników. Ludzie, z którymi pracuję, to pasjonaci. Rezygnują z pieniędzy, okradają z czasu własne rodziny, żeby zrobić coś dobrego dla samorządu lekarskiego, dla swoich kolegów lekarzy.

Czy czujemy się docenieni za naszą pracę? Zdecydowanie nie.

Ze strony naszego środowiska są przykre opinie, że samorząd nie jest od tego, by karać lekarzy, a powinien ich bronić. Pamiętajmy jednak, że jeśli nie ma twardych podstaw, nigdy nie karzemy. Niestety, w każdej grupie zawodowej, także w naszej, zdarzają się patologie, a my jesteśmy po to, by je wychwytywać i eliminować dla dobra pacjentów i całego naszego środowiska. Musimy dbać o godność zawodu lekarza, to znaczy wystrzegać się tego, co może wpłynąć na negatywne postrzeżenie społeczne stanu lekarskiego. I dlatego jesteśmy surowi, kiedy ta godność jest naruszana. Bo z drugiej strony, społeczeństwo ocenia nas odmiennie – że

jesteśmy zbyt pobłażliwi, że stanowimy klan białych fartuchów, solidarnie unikający odpowiedzialności i tuszujący wszystkie sprawy. Taki wizerunek kreują chętnie niektóre media, a nawet ugrupowania polityczne, a przy rosnącej roszczeniowości społeczeństwa jesteśmy ulubionym celem ataków. Ile w tym prawdy? Każdy, kto decyduje się być lekarzem, musi mieć świadomość, że medycyna to nie matematyka, ale sztuka, w której powodzenie

Kodeks Etyki jest naszym
wspólnym dobrem, a dla sądu podstawą
orzekania

zależy od wiedzy, intuicji, doświadczenia, empatii. Nie da się zawodu lekarza wykonywać bezbłędnie, popełnianie błędów, niepożądane zdarzenia medyczne, nieoczekiwane powikłania są wpisane w naszą pracę. Uczciwie postępuje ten, kto potrafi przyznać się do pomyłki i wziąć na siebie odpowiedzialność.

REALIA ZAWODU

Przyczyną błędów mogą być złe warunki pracy, zła organizacja, przeciążenie obowiązkami – przy dużym obciążeniu dyżurami, liczbą przyjętych pacjentów wydolność intelektualna spada. Jako orzekający lekarze znamy wszystkie realia wykonywania zawodu, jesteśmy w stanie ocenić, czy pomyłka została spowodowana przez nieuwagę, niedbalstwo, brak kompetencji, czy przeciążenie obowiązkami i przemęczenie. Bierzymy te wszystkie okoliczności pod uwagę. Klauzula wyższego dobra, czyli *no fault*, jest gotowa, wymaga tylko akceptacji ustawowej. Idąc za przykładem krajów skandynawskich, mogłaby bardzo poprawić sytuację prawną pacjentów i lekarzy, bo tworzenie osobnych prokuratur ds. błędów lekarskich i zaostrzenie systemu represyjnego nic nie dało. Trzeba zmienić system, z którym lekarze mają te same problemy, co pacjenci.

Trudno natomiast znaleźć usprawiedliwienie dla lekarzy, którzy dla pieniędzy reklamują i stosują metody leczenia całkowicie

niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, którzy propagują treści szkodliwe i niebezpieczne dla społeczeństwa, którzy zachowują się niegodnie.

Gdybym miał ocenić, co stanowi dla nas trudność w orzekaniu, to w pierwszym rzędzie liczyłbym na zmiany w ustawie o izbach lekarskich, które są przygotowane, ale do tej pory nie było woli politycznej ich wprowadzenia, np. wydłużenia ustawowego czasu przedawnienia, bo przewlekłość postępowań stanowi nadal naszą piętę achillesową.

Ważną sprawą jest współpraca z okręgowymi sądami lekarskimi i rzecznikami. Organizujemy wspólne szkolenia, staramy się sobie pomagać, przekazywać ważne materiały. Przy pełnej autonomii i niezależności OSŁ w orzekaniu pracujemy nad stworzeniem jednolitych linii orzeczniczych i eliminujemy błędy proceduralne.

ŚWIAT SIĘ ZMIENIA

I na koniec słów kilka o etyce. Brałem udział w uchwalaniu Kodeksu Etyki Lekarskiej w 1991 r. w Bielsku-Białej, pamiętam gorącą atmosferę, głosowania, gdzie 34 głosy zdecydowały o ostatecznym kształcie przepisów o prokreacji, o wotum separatum grupy redakcyjnej, o sporach w Toruniu w 2003 r. Nasza społeczność lekarska jest podzielona. Co do tego nikt rozsądny nie może mieć wątpliwości. Natomiast od tego czasu minęło 30 lat, zmienił się świat wokół nas. Wtedy, spierając się o różne principia, nie wiedzieliśmy, jaką siłę i zmiany w naszym życiu przyniesie rozwój internetu, mediów społecznościowych, nikt z nas nie przewidział postępów nauki ani receptomatów. Wreszcie licznych zmian systemowych i prawnych. Kodeks Etyki jest naszym wspólnym dobrem, a więc tworem pewnego kompromisu, a dla sądu podstawą orzekania. Z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej potrzebne są zmiany, bo nie da się wszystkiego uregulować komentarzami. Mam nadzieję, że na majowym zjeździe w Łodzi olbrzymia praca Komisji Etyki, w której miałem zaszczyt brać udział, zostanie przyjęta przez większość delegatów. ●

Dawno, dawno temu...

W niedopuszczalnym skrócie o historii orzekanych kar i o ograniczanych prawach wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty.

Mija już 35 lat. 17 maja 1989 r. została uchwalona ustawa o izbach lekarskich. Weszła w życie 1 stycznia 1990 r., odtwarzając zlikwidowany w okresie komunistycznej Polski samorząd zawodowy lekarzy. W rozdziale VI tej ustawy określono zasady odpowiedzialności zawodowej. Zmieniająca się rzeczywistość spowodowała potrzebę zmiany wielu przepisów ustawy i 1 stycznia 2010 r. w życie weszła ustawa z 2 grudnia 2009 r., nazwana także ustawą o izbach lekarskich, obowiązująca do dzisiaj. Spróbujmy porównać przepisy tych ustaw dotyczące orzekanych kar.

KATALOG KAR

Wcześniej warto przypomnieć ustawowe definicje przewinienia zawodowego. Ta z 1989 r.: „Członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza” nieco różni się od tej z 2009 r.: „Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej »przewinieniem zawodowym«”. Trzeba pamiętać, że zasady etyki lekarskiej uchwała krajowy zjazd lekarzy będący najwyższą władzą naszego samorządu. I że te przepisy będą miały dominujący wpływ na orzeczenia lekarskich sądów.

A więc przejdźmy do kar. W latach 1990-2009 sądy lekarskie mogły orzekać kary upomnienia, nagany, zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do trzech lat i pozbawienia prawa wykonywania zawodu. I mimo że każda orzekana przez samorząd kara, nawet ta upomnienia, jest dolegliwa dla członka samorządu zaufania publicznego, to pomiędzy drugą w kolejności karą nagany a trzecią, czyli

zawieszeniem prawa wykonywania zawodu, była oczywista przepaść. Brakowało zatem sądom pożądanej możliwości stopniowania kar. Tę przepaść staraliśmy się usunąć, włączając do ustawy z 2009 r. karę pieniężną (orzekaną na cel pożytku publicznego), karę zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat, karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat i zmieniając zakres czasowy (od roku do pięciu lat) kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

NIEZŁY BAŁAGAN

Mimo wielu prawniczych wątpliwości samorządowi pozostawiono możliwość orzekania kary pozbawienia prawa wykonywania zawodu. W ustawie z 1989 r. nie funkcjonowała quasi-kara polegająca na możliwości zarządzenia przez sąd lekarski opublikowania w biuletynie okręgowej izby lekarskiej orzeczenia o karach ograniczających lub zawieszających prawo wykonywania zawodu. Ten przepis wprowadzono w obowiązującej od 2010 r. ustawie. Zaznaczyć należy, że zmiany dotyczyły też sprawowania konstytucyjnej, sądowej kontroli nad prawidłowością orzecznictwa dyscyplinarnego, w naszym



GRZEGORZ WRONA
SEKRETARZ
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

przypadku nad postępowaniami w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Pod rządami ustawy z 1989 r. kontrolę tę sprawował Sąd Najwyższy w trybie odwoławczym – czyli specyficzna trzecia instancja – ale tylko w zakresie orzeczonych kar zawieszenia i pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Od kar upomnienia i nagany odwołania składać nie było można, co wytknięto Polsce w kilku orzeczeniach sądów europejskich. Ten stan prawny zmieniono w 2004 r., kiedy odwołanie do Sądu Najwyższego zastąpiono odwołaniem do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania obwinionego sądu apelacyjnego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych – i to przy zastosowaniu przepisów Kodeksu postępowania cywilnego o apelacji. Od orzeczeń sądów apelacyjnych kasacja nie przysługiwała.

Czyli na etapie postępowań sądów lekarskich obowiązywały przepisy karne, a na następnym etapie przepisy cywilne, stosowane przez sądy pracy. A sprawy rozstrzygane przez sądy lekarskie nigdy proste nie były. Niezły bałagan trwał do 2010 r., kiedy przywrócono kontrolę Sądu Najwyższego, tyle że na zasadach kasacji, a nie odwołania. Obowiązuje więc uświęcona historią dwuinstancyjność postępowania przez sądami (lekarskimi). Należy tylko dodać, że

kasację do Sądu Najwyższego od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego może złożyć ukarany lekarz, pokrzywdzony i rzecznik odpowiedzialności zawodowej, tak od orzeczenia uniewinniającego lub umarzającego postępowanie, jak też od orzeczenia o winie. Kasację może też składać minister zdrowia (jeszcze nigdy się nie zdecydował) i prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Oczywiście, złożenie kasacji podlega pewnym wymogom natury prawnej.

OGRANICZENIA I ZAWIESZENIA

W drugiej części artykułu spróbuję poświęcić kilka zdań ograniczeniom i zawieszeniom prawa wykonywania zawodu lekarza zapadającym w trybie uchwał rad lekarskich, w trybie opartym na przepisach prawa administracyjnego. Tu, mimo że też 35 lat minęło, historia jest nieco dłuższa. Rozpocząć ją należy od wspomnienia o przepisach ustawy o zawodzie lekarza z 28 października 1950 r., która obowiązywała w 1990 r., gdy w życie wchodziła ustawa o izbach lekarskich. Zawierała ona przepisy o możliwości zobowiązania lekarza, u którego ujawniono niedostateczne przygotowanie zawodowe, do odbycia przeszkolenia uzupełniającego pod rygorem utraty prawa do wykonywania zawodu. Zawierała także odniesienie się do niezdolności do wykonywania zawodu z powodu choroby. Wprost zapisano w ustawie, że chodziło o niezdolność wywołaną chorobą psychiczną, narkomanią, alkoholizmem, niedołęstwem lub kalectwem. Okręgowa rada lekarska mogła na podstawie orzeczenia specjalnej komisji pozbawić lekarza na stałe bądź na okres trwania niezdolności prawa wykonywania zawodu. Przepisy ustawy (art. 8 i 9) zostały nieco zmodyfikowane wchodzącą w życie ustawą z 1989 r. o izbach lekarskich. Podkreślenia wymaga, że tylko procedura określenia niezdolności do wykonywania zawodu z powodu wymienionych chorób podlegała rygorowi poufności. Nieprzygotowanie zawodowe takiemu rygorowi nie podlegało. Niejasne były przepisy dotyczące tych procedur, w tym duża swoboda samorządu w wydawaniu uchwał. Niejasne także były przepisy odwoławcze. Sytuacja w tym zakresie uległa zmianie (nie od razu) po wejściu w życie ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (później o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Przepisy wprowadzone tą ustawą w znacznie złagodzonej z punktu widzenia lekarza treści obowiązują do dzisiaj, a o trudnościach i o zawiłościach postępowań w tych zakresach staram się wspominać w cyklu artykułów publikowanych na łamach „Gazety Lekarskiej.” ●

PRAWO I MEDYCINA

Sami o sobie

WANDA WENGLARZY-KOWALCZYK
ZASTĘPCA NACZELNEGO RZECZNIKA
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ OD I KADENCJI,
OBECNIE II ZASTĘPCA

Moim marzeniem jest, aby zasady etyki lekarskiej, zawarte w naszym kodeksie, były dla nas, lekarzy, na miarę Dekalogu.

Na I Zjeździe Śląskiej Izby Lekarskiej 9 listopada (trwał do rana 10 listopada 1989 r.), gdy w nocy padł mur berliński, zostałam członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach i równocześnie delegatem na I Krajowy Zjazd. Teraz już tylko pozostało czekać na ten historyczny moment, gdy w Warszawie spotkają się wybrani w okręgach delegaci z całego kraju. Wreszcie nadszedł ten czas. W dniach 10-12 grudnia obradował zjazd. Nie brakowało emocji, wybieraliśmy przecież pierwsze władze krajowe izby. Prezesem został prof. Tadeusz Chruściel, a naczelnym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej prof. Stanisław Leszczyński. Wtedy zaczęła się moja praca w zespole rzeczników.

Dlaczego kandydowałam na zastępcę NROZ? Dziś już dokładnie nie pamiętam. Czy zadziałało to, że mój tata, przedwojenny nauczyciel, po wojnie skończył prawo i był radcą prawnym? (Innego kontaktu z wymiarem sprawiedliwości nie miałam). Nie potrafię odpowiedzieć. Przecież tak naprawdę nie do końca wiedzieliśmy, co będziemy robić. Ważne było to, że sami będziemy wypowiadali się w naszych sprawach.

MY, „WYBRAŃCY”

Pamiętam dokładnie te wybory. Trzeba było podejść do mikrofonu, opowiedzieć krótko o sobie, a potem odpowiedzieć na zadane z sali pytania. Stres nie mały, a potem oczekiwanie na wyniki wyborów... i jest, wybrali mnie. I co to będzie, jak to będzie. Sądze, że wszystkich

wybranych nurtowały takie pytania. Wyznaczono termin pierwszego spotkania-szkolenia rzeczników w Jachrance. Tam się spotkaliśmy, my, „wybrańcy”, i nasz szef, prof. Stanisław Leszczyński. To już dawne czasy, trochę zataryły się w pamięci, ale pamiętam, że bardzo szybko nawiązaliśmy porozumienie. Staliśmy się grupą ludzi, którzy chyba się lubili, cieszyli się na kolejne spotkania i zaczęli pracę. Na pewno to zasługa profesora, a także wspólnych „dziewczyn z biura” – mgr Ewy Nowosielskiej i mgr Małgosi Rajcy.

Pamiętam szkolenie w Mierkach. Ognisko. Profesor dyryguje, a my śpiewamy znane piosenki. I prawnik, prof. Arnold Gubiński, który wtajemniczał nas w prawo potrzebne w pracy rzeczników, o którym mieliśmy niewielkie pojęcie. Czas mijał szybko, my wdrażaliśmy się w nasze obowiązki, przejęci wygłaszaliśmy swoje kwestie podczas rozpraw. Zmieniali się naczelnicy rzecznicy, wybierani przez Krajowe Zjazdy na kolejne kadencje. Różnili się, mieli trochę inne podejście do prowadzenia zespołu zastępców, ale ja wspomnam wszystkich z wielką sympatią i wdzięcznością, że dane mi było z nimi współpracować. Zmieniał się nasz zespół. Jedni odchodzili, inni przychodzili. Wierzyć mi się nie chce, że trwam „na posterunku” nieprzerwanie od 35 lat.

PO STRONIE PRAWA, PRZECIWKO KOLEGOM

W obecnej, IX kadencji, w której szefuje nam dr n. med. Zbigniew Kuzyszyn, jest pięć osób, które



fot.: archiwum GL

pracują nieprzerwanie od II kadencji, a ponad 60 proc. obecnego składu osobowego stanowią lekarze pracujący od kilku kadencji.

Moim zdaniem to sporo, zważywszy że to absorbująca i często niewdzięczna praca. Stajemy po stronie prawa i etyki, ale niestety często przeciwko kolegom. A jednak chce się pracę wykonywać. Widzę upływający czas po zmianach w mojej rodzinie. Kiedy zaczynałam przygodę w pracy zastępcy naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej mój starszy syn rozpoczął drugi rok studiów na Politechnice Śląskiej, córka pierwszy w Akademii Ekonomicznej, a najmłodszy był uczniem liceum. Obecny stan rodzinny to najstarszy wnuk – absolwent wydziału lekarskiego, który już rozpoczął specjalizację, jego siostra w trakcie stażu po stomatologii. O innych wnukach nie będę się rozpisywać. Wtedy byłam aktywnym chirurgiem dziecięcym, zaczynałam prowadzić oddział, dziś odpoczywam na emeryturze.

LATA LECA, CZAS PĘDZI NIEUBŁAGANIE

Cieszę się nadal z mojej „rzecznikowskiej pracy”, która wygląda obecnie inaczej niż na początku. Naczelnym sądem, przed którym występujemy, to od lat druga

instancja naszego izbowego orzecznictwa. To sprawy odwoławcze. Mamy naprzeciwko zawodowych prawników, więc i my potrzebujemy prawniczej pomocy. Kiedyś byli to prawnicy izbowi, miło ich wspominam, bardzo nam pomagali. Pozwolę sobie z nazwiska i imienia wymienić tylko mgr. Marka Szweczyńskiego, którego wkład pracy dla nas doceniiliśmy, proponując jego kandydaturę do odznaczenia Meritus Pro Medicis, przyznanego mu przez kapitułę. Obecnie już trzecią kadencję służą nam pomocą prawną zatrudnieni w biurze absolwenci wydziału prawa, a także adepci tego zawodu. Im też dziękuję. W pracę rzeczników został wprzęgnięty internet. Zajmując się prolongatami spraw, robię to przy biurku w swoim mieszkaniu. Na platformie Finn mamy dostęp do akt spraw, których kilogamy kiedyś wędrowały, dostarczane przez pocztę. W biurze nadal dba o nas mgr Ewa Nowosielska i mgr Małgorzata Kurkiewicz-Pypno. Te nasze dziewczyny są zawsze na posterunku i można na nie liczyć o każdej porze. A nasz zespół moim zdaniem

◀ Wśród delegatów prof. Stanisław Leszczyński (pierwszy z prawej), obok prof. Stefan Zgliczyński

to grupa, która chętnie spotyka się na szkoleniach, stara się jak najlepiej pracować. To moja dziewiąta, na pewno ostatnia, kadencja, czas na podsumowanie.

Koleżankom i Kolegom, z którymi zetknęłam się w kolejnych kadencjach, dziękuję za czas spędzony na szkoleniach, za każdy gest sympatii.

Korzystając z okazji, chciałaby podziękować wszystkim moim szefom, naczelnym rzecznikom, z którymi miałam zaszczyt i przyjemność pracować. A byli to kolejno prof. Krystyna Rowecka-Trzebicka, prof. Zbigniew Czernicki, dr Jolanta Orłowska-Heitzman, dr Grzegorz Wrona i obecny dr n. med. Zbigniew Kuzyszyn. Bardzo dziękuję. Nigdy nie zapomnę tych lat. To był wspaniały czas pracy, nauki, wymiany poglądów, czas rozmów, spotkań oplatkowych, szkoleń i śpiewów przy ognisku.

Kilku rzeczników, z którymi pracowaliśmy razem, już niestety odeszło do lepszego świata, na wieczny dyżur. Pamiętam o nich, byli wspaniali. Samo życie, ludzie odchodzą...

CO JESZCZE ROBIĘ W IZBIE?

Od pierwszej kadencji jestem członkiem Komisji Etyki Śląskiej Izby Lekarskiej, aktualnie pracującej pod przewodnictwem prof. Jarosława Markowskiego. Tu też część komisji to lekarze pracujący od wielu już kadencji. To fajny zespół, cenię sobie nasze spotkania, dyskusje. Zjazd w Łodzi, w 35. rocznicę powołania Izb Lekarskich, będzie poświęcony ewentualnej nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej. Mam zaszczyt pracować w Komisji Etyki NIL, powołanej do przygotowania znowelizowanego projektu KEL pod przewodnictwem dr n. med. Artura de Rosier, z grupą wspaniałych ludzi, lekarzy różnych specjalności i z różnych stron kraju. Oczywiście, praca komisji nie kończy się wraz ze zjazdem. Etyka i jej przestrzeganie, poza kompetencjami zawodowymi, była zawsze dla mnie najważniejsza w pracy lekarza. ●

ARTYKUŁ SPONSOROWANY – #FUNDUSZE PROMOCJI

Olej rzepakowy w profilaktyce i leczeniu cukrzycy

DIANA WOLAŃSKA-BUZALSKA
DIETETYCZKA

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dotyczące kompozycji tłuszczu w diecie osób chorujących na cukrzycę podkreślają, że ważny jest rodzaj stosowanego tłuszczu, a szczególnie – odpowiedni udział nienasyconych kwasów tłuszczowych.

W zaleceniach żywieniowych i doniesieniach naukowych olej rzepakowy odznacza się szczególnie korzystną kompozycją kwasów tłuszczowych, z przewagą nienasyconych kwasów tłuszczowych, oraz prawidłową proporcją kwasów omega-6 do omega-3 – 2:1. Stąd olej ten stanowi jeden z rekomendowanych komponentów diety w cukrzycy typu 2.

KORZYSTNY SKŁAD

Olej rzepakowy jest bogaty w nienasycone kwasy tłuszczowe, takie jak kwas oleinowy i kwas alfa-linolenowy, które mogą korzystnie wpływać na regulację poziomu glukozy we krwi i poprawić wrażliwość na insulinę. Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego spożycie ALA u osób z cukrzycą powinno wynosić 2 g/dobę. Warto przy tym podkreślić, że dzięki wysokiej zawartości ALA w oleju rzepakowym już ok. dwie łyżki tego oleju pokrywają dzienne zapotrzebowanie na ALA. Ponadto kompozycja kwasów tłuszczowych oleju rzepakowego ma również pozytywny wpływ na obniżenie poziomu cholesterolu LDL i cholesterolu całkowitego, co jest istotne u osób z cukrzycą ze względu na zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych.

Ponadto olej rzepakowy zawiera fitosterole, które mogą pomóc w kontrolowaniu poziomu glukozy we krwi. Fitosterole mogą wpływać na wchłanianie glukozy z przewodu pokarmowego

oraz poprawiać wrażliwość tkanek na insulinę, co jest kluczowe przy leczeniu cukrzycy.

Warto również podkreślić, że olej rzepakowy jest źródłem witaminy E, która działa jako antyoksydant, pomagając w ochronie komórek przed stresem oksydacyjnym związanym z cukrzycą.

DZIAŁANIE REGULUJĄCE

Badania sugerują, że olej rzepakowy może mieć korzystny wpływ na poziom glukozy we krwi, metabolizm glukozy oraz insulinoporność.

Metaanalizy badań potwierdzają, że zamiana tłuszczu zwyczajowo stosowanego w diecie na olej rzepakowy skutkuje zmniejszeniem stężenia glukozy i insuliny na czczo oraz poprawą kontroli cukrzycy typu 2. Badania naukowe sugerują, że spożywanie oleju rzepakowego może przynieść korzyści w zapobieganiu cukrzycy typu 2. W metaanalizie badań oceniających jakość diety, w tym dietę DASH, wykazano, że dieta wyższej jakości, w tym zawierająca olej rzepakowy, może być związana z mniejszym ryzykiem cukrzycy.

W kanadyjskim badaniu oceniającym wpływ trzymiesięcznej diety o niskim indeksie glikemicznym bogatej w MUFA oraz kwas α -linolenowy pochodzący z oleju rzepakowego dowiedziono, że ma

ona wpływ na wyrównanie gospodarki węglowodanowej u chorych na cukrzycę typu 2 leczonych dostnymi lekami hipoglikemizującymi, redukcję HbA_{1c} oraz obniżenie wskaźnika ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych obliczanego na podstawie skali Framingham. W innych doniesieniach naukowych wskazuje się, że osoby spożywające olej rzepakowy mają niższe stężenie glukozy w doustnym teście obciążenia glukozą niż te używające tłuszczu o wyższej zawartości nasyconych kwasów tłuszczowych.

PODSUMOWANIE

Olej rzepakowy jest jednym z olejów roślinnych, które są szeroko stosowane zarówno w profilaktyce, jak i dietoterapii cukrzycy. Prozdrowotne działanie oleju rzepakowego wynika z korzystnego wpływu na gospodarkę węglowodanową oraz działania antyoksydacyjnego, przeciwzapalnego oraz antyaterogennego. Warto jednak pamiętać, że wpływ oleju rzepakowego na poziom glukozy może być różny u każdej osoby i zależy od indywidualnych czynników zdrowotnych oraz całej diety. Dlatego zawsze zaleca się konsultację z lekarzem lub specjalistą ds. żywienia przed wprowadzeniem zmian w diecie w celu regulacji poziomu glukozy u osób z cukrzycą. ●

Potrzeba dialogu

Po raz kolejny musimy się pochylić nad sprawami dotyczącymi leczenia stomatologicznego. Mam nadzieję, że w końcu będziemy traktowani jak dobrzy doradcy.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Ministerstwo Zdrowia przekazało nam projekt rozporządzenia dotyczącego zmian w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Dokument jest datowany na koniec lutego 2024 r. Oczekiwaliśmy wprowadzenia kolejnych zmian i ulepszenia systemu świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Niestety, pomimo wskazania na posiedzeniach Rady ds. Rozwoju Stomatologii dokładnych punktów do poprawy treść projektu rozporządzenia budzi liczne kontrowersje. Po raz kolejny uniemożliwiono specjalistom chirurgii szczękowo-twarzowej wykonywanie procedur chirurgii stomatologicznej. Nie uwzględniono protetyki wieku rozwojowego. Nie rozwiązano problemów związanych ze znieczuleniami ogólnymi w stomatologii. Brakuje nowej wyceny stomatologii zachowawczej i dziecięcej. Musi zostać poprawiona, jak to miało miejsce w przypadku świadczeń z zakresu chirurgii i periodontologii.

Na najbliższym posiedzeniu Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej opracujemy nasze poprawki i prześlemy resortowi zdrowia. Nie rozumiem konieczności wielokrotnego, wieloletniego pochylania się nad tymi samymi sprawami. Mam nadzieję, że w końcu będziemy traktowani jak dobrzy doradcy. System musi działać sprawnie dla dobra pacjentów.

KS NRL we współpracy z dr. Pawłem Grzesiowskim (ekspertem NRL ds. zagrożeń epidemicznych), Centralnym Ośrodkiem Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK) i grupą ekspertów pracuje nad nowymi, aktualnymi wytycznymi sanitarno-epidemiologicznymi dla gabinetów stomatologicznych. Końcowy dokument będzie uzgodniony z organami kontrolnymi. Mamy nadzieję na ujednoczenie wymagań dotyczących prowadzenia gabinetów na terenie całego kraju. Pozwoli to na bezpieczne prowadzenie naszych gabinetów i sprawne kontrole tego bezpieczeństwa. Pierwsze rezultaty naszej pracy pojawią się w maju. Chcemy zakończyć pracę do końca tego roku. ●

Izby lekarsko-dentystyczne powstały jako niezależny byt w 1938 r. Było to wielkie osiągnięcie tego środowiska, poprzedzone wieloma wysiłkami ośrodków kształcących przedstawicieli tego zawodu, a także działaniami stomatologów praktykujących w dużych ośrodkach akademickich. Jednak ledwo co zdążyły się ukonstytuować, wybuchła II wojna światowa i izby lekarsko-dentystyczne podzieliły los izb lekarskich. Przed wojną oprócz Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej funkcjonowały też izby okręgowe (Warszawa, Poznań, Wilno, Kraków). NIL-D pełniła w stosunku do nich funkcję koordynującą, a jej prezesem był wtedy lekarz dentysta Julian Łączyński. Kiedy w 1989 r. ustawą o izbach lekarskich odrodził się samorząd lekarski, a lekarze dentyści mieli stać się jego częścią, z tęsknotą spoglądali wstecz.

KIERUNEK BYŁ WŁAŚCIWY

Sytuacja polityczna była jednak wtedy skomplikowana, a proces demokratyzacji po upadku komunizmu następował opieszale. We władzach zarówno szczebla wojewódzkiego, jak i centralnego wciąż zasiadali ludzie starego systemu, niechętni tworzeniu się korporacji zawodowych, które osłabiały ich władzę. Lekarze wywodzący się z ruchu solidarnościowego w swojej liczebnej sile mieli szansę na wywalczenie suwerennego samorządu zawodowego. Lekarze dentyści byli wówczas zbyt słabi, aby stworzyć lobby zdolne przebić się do rządzących ze swoimi oczekiwaniami.

Świadome tego środowisko akademickie stomatologów z prof. Włodzimierzem Józefowiczem na czele, wiceprzewodniczącym Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich, członkiem prezydium NRL I kadencji i jej skarbnikiem oraz członkiem Komisji Finansowej i Współpracy z Zagranicą NRL, forsowało więc z całą mocą koncepcję samorządu dwóch zawodów – lekarzy i lekarzy dentyków. Wielki wysiłek w jej urzeczywistnienie włożyli ówcześni członkowie Komisji Legislacyjnej NRL, którzy przygotowali projekt ustawy dla lekarzy dentyków: Andrzej Fortuna, Halina Porębska, Zbigniew Klimek.

Wspomagali ich w tym konsultanci: prof. Janusz Piekarczyk i prof. Eugeniusz Spiechowicz (prezes i wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego). Obaj odegrali znaczącą rolę w procesie legislacyjnym, uzyskując porozumienie z konsultantami

JUBILEUSZ

Jedna rodzina i wspólny samorząd

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Kiedy odradzała się samorządność lekarska, stomatolodzy nie byli przekonani, by pójść z lekarzami tą drogą. Przedwojenny dorobek dawał im podstawy, aby reaktywować własny samorząd. Tak się jednak nie stało i od 35 lat tworzą jedną rodzinę lekarzy i lekarzy dentyków.

krajowymi przy omawianiu zakresu uprawnień zawodowych stomatologów.

Ważnym wsparciem dla lekarzy dentyków w pracach nad tym projektem był mec. Witold Preiss, który jako długoletni radca prawny PTS doskonale znał problemy zawodowe lekarzy dentyków.

Do pionierów idei reaktywowania samorządu z ramienia PTS zaliczał się także Zbigniew Zak – członek Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich, a w IV kadencji wiceprezes NRL. Twierdził, że mimo różnicy zdań, potyczek i zawirowań samorząd lekarski to wielka wartość, o którą stomatolodzy powinni walczyć. Rok 1991 był dla nich szczególnie ważny. 30 listopada powołano Komisję Stomatologiczną NRL, a 14 grudnia jej przewodniczącą, dr Andrzej Fortuna, stomatolog z Nowego Sącza, z rekomendacji prof. Józefowicza został nowym członkiem NRL. Oznaczało to, że proces połączenia lekarzy i lekarzy dentyków w samorządzie lekarskim zmierza we właściwym kierunku i zaczyna się finalizować.

INTEGRACJA ŚRODOWISKA

Dla stomatologów bardzo ważna była wówczas integracja środowiska, w czym miało im pomóc właśnie powołanie Komisji Stomatologicznej NRL, która dawała możliwość wypowiedzenia się na szerszym forum na tematy nurtujące tę grupę zawodową i podejmowania decyzji w ważnych dla niej sprawach. A sprawy, którymi się zajmowała w tym trudnym czasie przemian ustrojowych, były dla stomatologów najwyższej wagi.

► Andrzej
Fortuna



Fot.: archiwum GL

Dotyczyły stażów podyplomowych, prywatyzacji praktyk, wartościowania pracy stomatologów. Opracowany autorski katalog pracy lekarzy dentyków stał się wzorem dla innych specjalności lekarskich.

Własna komisja z jednej strony dawała stomatologom poczucie spójności, ale i odrębności jako grupy zawodowej, z drugiej – przynależności korporacyjnej do samorządowej społeczności lekarskiej. Kluczowe dla integracji stomatologów i wytyczenia dróg, którymi mieli kroczyć w przyszłość jako grupa zawodowa, było spotkanie w Rytrze (1-2 maja 1992 r.), na które przyjechało 140 lekarzy dentyków z całego kraju, a wśród nich profesorowie, konsultanci krajowi, przedstawiciele ZG PTS, resortu

zdrowia i nowo powstałej Komisji Stomatologicznej NRL. Uczestnicząc w spotkaniu prof. Janusz Piekarczyk, reprezentujący Akademię Medyczną w Warszawie i ówczesny prezes PTS, przekonywał wówczas, że integracja stomatologów z lekarzami ma wiele punktów stykowych, ponieważ już same studia stomatologiczne w akademiach medycznych stanowią jeden z dwóch kierunków studiów lekarskich, a kończący je lekarze dentyści otrzymują solidne wykształcenie medyczne. I choć jest ono ukierunkowane na leczenie schorzeń jamy ustnej, to jest zbliżone tematycznie choćby za sprawą zajęć z anatomii, histologii, fizjologii, mikrobiologii i patologii. Prof. Piekarczyk nadmieniał, że dają też przygotowanie m.in. w farmakologii, chirurgii ogólnej, chorobach wewnętrznych. Zaznaczał, że ten wspólny tok studiów ze studentami medycyny tworzy w nich silną zawodową więź, wspólny samorząd nie jest więc dziełem przypadku czy też sztucznym tworem.

Ta więź przejawiała się na wiele sposobów, np. w walce o prawa lekarzy dentyków do specjalizacji, czemu dał wyraz Andrzej Fortuna na posiedzeniu Komisji Stomatologicznej NRL z 4 listopada 1992 r. Powiedział wówczas: „Aktualna regulacja prawna nie zezwala na odbywanie staży specjalizacyjnych, jeśli lekarz nie jest zatrudniony w placówce publicznej



Fot.: archiwum GI



Fot.: archiwum GI

◀ Od lewej:
Kazimierz
Bryndał,
Halina
Ey-Chmie-
lewska

szuży zdrowia. Prywatnie praktykujący lekarze zostali więc pozbawieni tej możliwości, a co za tym idzie – podnoszenia swoich kwalifikacji”.

Tak więc choć lekarze dentyści stali się pionierami prywatyzacji usług lekarskich, nie dano im możliwości uzyskania tytułu specjalisty. Wszystko się zmieniło dopiero wtedy, gdy NRL zajęła stanowisko w sprawie kształcenia specjalizacyjnego stomatologów, umieszczając je w dokumencie traktującym w całości problem kształcenia specjalizacyjnego lekarzy. To był kolejny niezbity dowód na to, że lekarzy i lekarzy dentyistów łączy wspólny samorząd.

OKNO NA ŚWIAT

Pierwszym przewodniczącym Komisji Stomatologicznej NRL został Andrzej Fortuna, wiceprezes NRL w II i III kadencji, który zapisał się jako negocjator traktatu akcesyjnego do UE i orędownik spójnego systemu organizacyjnego stomatologii. Był także gorącym zwolennikiem otwarcia się polskiej stomatologii na świat i czerpania z tego wiedzy oraz doświadczeń. Sekundował mu w tym Kazimierz Bryndał, lekarz dentysta z Torunia, który przyczynił się do podpisania w Niemczech układu o współpracy izb lekarskich Europy Środkowo-Wschodniej.

W tych dążeniach złotymi zgłoskami zapisała się też Anna Lella z Olsztyna, wiceprezes NRL w V i VI kadencji, obecnie prezes OIL w Olsztynie. Kiedy objęła Komisję Stomatologiczną, miała już wzorce w przecieraniu szlaków w umacnianiu pozycji samorządu lekarskiego w kraju i za granicą. Została pierwszą kobietą w historii ERO FDI, która przewodziła tej międzynarodowej organizacji stomatologów, i do dziś pełni tam najwyższe funkcje.

Wracając jednak do 35-letniej historii samorządu lekarskiego, pierwsze

posiedzenia KS NRL zdominowały sprawy związane z funkcjonowaniem stomatologii – ministerialne projekty rozporządzeń dotyczące podstawowych świadczeń i materiałów stomatologicznych, a także stażu podyplomowego i specjalizacji lekarzy stomatologów oraz kontrakty z kasami chorych. Prof. Grażyna Śmiech-Słomkowska, specjalista ortodontki z Łodzi, wówczas wiceprezes PTS, nawiązując do tych posiedzeń NRL, zaznaczyła, że zmiana ustroju wcale nie oznaczała automatycznego sprywatyzowania usług dentystrycznych i poprawy sytuacji stomatologii. Trzeba było o to usilnie zabiegać, zarówno na poziomie urzędów wojewódzkich, które wciąż mocną ręką trzymały służbę zdrowia, jak i resortu zdrowia, który tkwił organizacyjnie i mentalnie w starych strukturach.

Pierwsze posiedzenie KS NRL zdominowały więc sprawy związane z funkcjonowaniem stomatologii w nowej rzeczywistości. Wszyscy zaangażowani w tworzenie wspólnego samorządu lekarskiego mieli świadomość, że znajdują się na dziejowym zakręcie. Zwolennicy tej idei chcieli, aby o sprawach lekarzy decydowali sami lekarze, ale niełatwo było zmienić mocno osadzony w strukturach państwowym system organizowania i finansowania usług dentystrycznych.

PRYWATYZACJA I KASY CHORYCH

Stomatolodzy wiedzieli jednak, że po latach zapóźnień związanych z poprzednim systemem, fatalnej organizacji pracy w przychodniach z przestarzałym sprzętem i materiałami, w końcu musi nadejść zmiana. Wszyscy na to czekali, licząc na

poprawę warunków pracy i godziwe wynagrodzenia. Jednak proces prywatyzacji rozpoczął się w tym samym czasie, kiedy powołano kasy chorych, które zmieniały sposób finansowania usług medycznych w naszym kraju. Dla sektora publicznego rozliczenie się z nowym płatnikiem było w miarę czytelne. Dla stomatologii przechodzącej przez proces prywatyzacji była to wielka niewiadoma. Nikt nie określił zasad finansowania świadczonych usług przez nowo powstałe praktyki dentystryczne. Podpatrywano kraje zachodnie, szczególnie Niemcy i Austrię, ale tamtejsze rozwiązania dotyczące finansowania sprywatyzowanej stomatologii nie odpowiadały polskim realiom.

Komisja Stomatologiczna NRL, analizując projekt rozporządzeń ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie wykazu podstawowych świadczeń i materiałów stomatologicznych przygotowanych zgodnie z zapisem art. 31 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, nie znalazła wskazówek dotyczących sposobu finansowania świadczeń po prywatyzacji. Krytycznie odniosła się więc do projektu, obawiając się, że środki przeznaczone na te świadczenia będą niewystarczające i nie zapewnią dostępności wszystkim ubezpieczonym, co może skutkować pogorszeniem się stanu uzębienia, szczególnie u dzieci i młodzieży.

Niestety, obawy te się potwierdziły. Ale był to czas, kiedy z opiniami lekarzy dentyistów rządzący musieli się liczyć, a sprawiła to przynależność do samorządu lekarskiego – choć w sprawach prywatyzacji cele dentyistów nie zawsze były spójne

z celami lekarzy. Andrzej Cisło, wiceprezes NRL w minionej kadencji i jeden z liderów działań na rzecz uzyskania przez stomatologów większej autonomii w samorządzie, wypowiadając się na ten temat, zauważył, że lekarze dentyści obarczeni tworzeniem własnych praktyk i podmiotów leczniczych zaczęli być świadomi, że wprowadzenie dążeń są wspólne, to jednak w szczegółach dla obu grup mają różne znaczenie.

Prof. Halina Ey-Chmielewska, protektyk ze Szczecina, nauczyciel akademicki, była jednak zdania, że z chwilą kiedy określono minimum koszyka świadczeń stomatologicznych, wprowadzono katalog punktowego wartościowania pracy lekarza. Rozbieżności nie są więc tak istotne, ważny jest główny cel, a wtedy była nim prywatyzacja, która diametralnie zmieniła rzeczywistość.

W tle dyskusji o przekształceniach i rozliczeniach toczyła się batalia o staże podyplomowe i specjalizacje lekarzy dentyków. Nowe rozporządzenie wprowadzało specjalizacje I stopnia główne i szczegółowe. W zakresie stomatologii w pierwszej kategorii – specjalizację ogólną, chirurgię szczękową oraz higienę i epidemiologię, a w zakresie specjalizacji szczegółowych – chirurgię stomatologiczną, protetykę, ortodoncję i zdrowie publiczne. To był naprawdę milowy krok do przodu.

KATALOG DOKTORA GRABEGO

Fenomenem tamtego czasu był Katalog Wartościowania Pracy Lekarza Stomatologa, który opracował dr Wojciech Grabe z Gdańska, wiceprezes KS NRL I kadencji. Zajął mu to 12 lat, ale projekt ten na zawsze zmienił stomatologię, stał się bowiem obowiązującym wzorcem wyceny procedur stomatologicznych, stanowiąc podstawę do rozliczeń z kasami chorych. Dr Wojciech Grabe tak mówił o tym projekcie: „Ten katalog był oparty na moich doświadczeniach oraz wzorcach amerykańskich, szwedzkich i niemieckich. Ponieważ ubezpieczyciel chciał stosować własne wyliczenia, krzywdzące finansowo lekarzy dentyków, projekt idealnie wstrzelił się w temat”.

Autor przekazał dokument samorządowi lekarskiemu. Niestety, nie obwarowano go zapisem, że nikt oprócz samorządu nie ma prawa do nanoszenia poprawek i wkrótce w zależności od tego, kto zasiadał w kasie chorych, modyfikował jego zapisy. Powstały małe i duże punkty, zaczęto przy kolejnych kontraktach je obcinać, przez co stomatolodzy tracili finansowo. Dr Grabe mówił, że wciąż nie może tego przeboleć. Wypowiadając się na ten temat, Andrzej Cisło podkreślał, że te bolączki nie straciły na

aktualności wobec niedosytu, jaki odczuwa środowisko lekarzy dentyków. Stomatologom przychodzi się z nimi mierzyć w kolejnych kadencjach.

PRESTIŻ I PARTNERSTWO

Przez 35 lat wspólnej historii lekarze dentyści sporo przeszli i doświadczyli, ale też osiągnęli. Przede wszystkim, jak zauważył Paweł Barucha, wiceprezes NRL w obecnej kadencji i przewodniczący KS NRL, zyskali prestiż w oczach całego środowiska, o czym świadczy fakt, że w wielu okręgowych izbach to stomatologom powierza się funkcje prezesów. To znaczy, że stali się oni partnerami w działaniu dla lekarzy, a ich pozycja w samorządzie jest ugruntowana. W ciągle zmieniającej się rzeczywistości mierzą się już z nieco innymi problemami niż

w przeszłości – z cyfryzacją, RODO, polityką ręciową, odpadami, nowym prawem atomowym, a także walką o lepsze finansowanie i wycenę świadczeń refundowanych przez NFZ.

Obecnie prawie każdy lekarz dentysta jest przedsiębiorcą, często zatrudnia w swojej praktyce także inne osoby i coraz trudniej jest to przedsiębiorstwo utrzymać. Musi więc szukać nowych i bardziej skutecznych rozwiązań tych problemów i dzieje się to przy wsparciu samorządu lekarskiego. ●

Źródła:

Zygmunt Wiśniewski, „Kronika izb lekarskich w Polsce w latach 1945-2005”

Halina Porebska, Anna Lella, „Lekarze dentyści w Rzeczypospolitej Polskiej”

JUBILEUSZ

Kompetencje nie mają płci

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

W proces odrodzenia i rozwój izb lekarskich angażowało się wiele kobiet.

Reaktywacja samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, do której formalnie doszło 17 maja 1989 r. za sprawą uchwalenia przez Sejm PRL ustawy o izbach lekarskich, była poprzedzona staraniami wielu osób, w tym także lekarek. Temat pojawił się lata wstecz, a stanowisko dotyczące zagadnień związanych z samorządem wykuwano podczas posiedzeń podzespołu ds. zdrowia zajmującego się reformami opieki zdrowotnej w ramach rozmów Okrągłego Stołu. W jego składzie nie brakowało kobiet, z prof. Zofią Kuratowską jako współprzewodniczącą reprezentującą stronę solidarnościowo-opozycyjną. O szczegółach tego procesu warto poczytać w rozprawie doktorskiej „Geneza, struktura i funkcjonowanie samorządu lekarskiego w Polsce w latach 1989-2009” autorstwa Piotra Kordela.

OD USTAWY DO KONKRETÓW

Jednym z ważniejszych elementów uchwalonej w maju 1989 r. ustawy o izbach lekarskich był zapis o utworzeniu Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich (KOIL). Miał on kilka kluczowych zadań, w tym opracowanie projektu regulaminu I Krajowego Zjazdu Lekarzy (w czasie którego miało dojść do wyborów władz I kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej) i zasad wyboru delegatów na ten zjazd, a także ustalenie liczby, obszaru i siedzib okręgowych izb lekarskich oraz zwołanie pierwszych zjazdów okręgowych izb lekarskich. Rada Państwa powołała KOIL w drugiej połowie czerwca 1989 r. W składzie prezydium Komitetu, które miało kierować pracami, było kilka kobiet, m.in. dr Wanda Terlecka i dr Bożena Pietrzykowska, która obok

prof. Tadeusza Chruściela pełniła funkcję sekretarza.

– Reaktywacja następowała w trudnym czasie przemian ustrojowych. Walczyliśmy, aby jak najwięcej osób identyfikujących się z ruchem solidarnościowym było w składzie KOIL. Po to, aby nie zostawić decyzji ważnych w procesie tworzenia izb lekarskich osobom związanym ze środowiskiem komunistycznym. Dla mnie udział w Komitecie był sprawą oczywistą. W tamtym czasie działałam w „Solidarności” już od niemal dekady. W to dzieło zaangażowało się wiele

Kobieta przez rolę, jaką jest bycie matką, zostaje trochę z tyłu; dlatego w samorządzie ciągle jest mniej kobiet niż mężczyzn

kobiet, na przykład Anna Tymowska, Anna Gręziak, Ewa Wolak – wspomina dr Bożena Pietrzykowska, która związała się z samorządem lekarskim na długie lata, w tym w I kadencji była wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Kadencji, w której w składzie NRL znalazło się kilkanaście kobiet, w tym dr Elżbieta Seferowicz, która równocześnie była posłanką na Sejm. „Moją wizją jest izba lekarska, która ma ogromny prestiż w środowisku, ma decydujący wpływ na zachowanie lekarzy, na ich etykę zawodową. Tak, żeby było wiadomo, iż członek izby lekarskiej jest człowiekiem wysokiej moralności, wiedzy i odpowiedzialności, i to nie

tylko w zakresie zawodu, ale również wartości ogólnoludzkich. Myślę, że mamy tu bardzo wiele do zrobienia i chyba ciągle robimy za mało, ale giniemy pod naporem wielu codziennych, zwykłych spraw (...)” – mówiła dr Elżbieta Seferowicz w wywiadzie dla „Gazety Lekarskiej” opublikowanym na początku 1991 r.

PRZETARCIE SZLAKÓW

Początki odradzania samorządności zawodowej charakteryzowały sprawy związane z organizowaniem się izb lekarskich. W procesie ich tworzenia nie mogło zabraknąć pań. Nie sposób nie wspomnieć o prof. Halinie Pilawskiej – postaci zasłużonej w powstaniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie. Specjalistce pediatrii i epidemiologii o niezwykłym zyciorysie, łączniczce AK w czasie Powstania Warszawskiego, a po wojnie zaangażowanej lekarce, oddanej nauczycielce, wychowawczyni wielu pokoleń lekarzy, a także działaczce społecznej. Pierwsza prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie (zrezygnowała z tej funkcji w połowie I kadencji) była zaangażowana w pracę samorządu przez wiele kolejnych lat, szczególnie w zakresie prac komisji bioetycznej i socjalnej, a także spraw ważnych dla seniorów.

„Potrafiła uważnie słuchać innych, ale zawsze Jej głos był niezwykle ważny w podejmowaniu istotnych decyzji. Cieszyła się szacunkiem i uznaniem. (...) Zawsze cechowała ją mądrość i skromność, wzorowa postawa etyczna, pracowitość i wytrwałość, empatia i wrażliwość (...) Żegnaj, Lekarzu Szlachetny” – pisał o niej dr Mieczysław Chruściel we wspomnieniu na

łamach biuletynu szczecińskiej izby „Vox Medici” (maj-czerwiec 2017).

W I kadencji kobieta stanęła na czele także ORL w Łodzi. Mowa o dr Wandzie Terleckiej. „Samorząd lekarski reaktywowali lekarze, którzy chcieli samodzielnie zarządzać swoją pracą. Pamiętam, że wszystko trzeba było tworzyć od nowa. Brakowało środków materialnych, żadna izba nie posiadała swojego lokalu, nie mieliśmy współpracowników i doświadczenia, bo praktycznie nikt nie pamiętał, jak samorząd działał przed II wojną światową. Było za to dużo odwagi i bezinteresowności” – mówiła pierwsza przewodnicząca łódzkiej izby na łamach majowego numeru „Gazety Lekarskiej” w 2019 r.

Z kolei w płockiej izbie prezesem w I kadencji od pewnego momentu była Krystyna Badowska, która zastąpiła na tym stanowisku Zbigniewa Jędrzejewskiego. Inna działaczka OIL w Płocku – ówczesna sekretarz Hanna Hejke-Mojzesowicz – zasłynęła symbolicznym gestem mającym podkreślać jedność samorządu lekarzy i lekarzy dentyków. Jak

czytamy w książce Lucyny Krysiak „25x25”, Hanna Hejke-Mojzesowicz przyniosła do izby dwa krzesła i powiedziała: „Jedno jest dla lekarza, drugie dla lekarza dentydy”.

RÓŻNICE W REGIONACH

Jak wyglądają kolejne kadencje izb lekarskich? Różnie, w zależności od izby. W niektórych okręgach kobiety zostają prezesami kilkakrotnie, w innych wcale. Na czele ORL w Gorzowie Wielkopolskim panie stają pięciokrotnie, w tym cztery

W ciągu ostatnich 35 lat w ścisłym kierownictwie NRL przedstawicielki płci pięknej pojawiają się rzadko

razy prezesurę objęła Ewa Joniec (III, IV, VIII oraz obecna, IX kadencja). Swoją przygodę z samorządem lekarskim zaczęła w połowie lat 90. XX w. Wcześniej była działaczką związkową.

– Przez wszystkie kadencje, kiedy szefowałam izbie, nie brakowało problemów. Reforma kas chorych, wyceny świadczeń poniżej kosztów, wzrost biurokracji, walka o poprawę warunków pracy i płacy lekarzy, a ostatnio kontrowersje związane z wydawaniem PWZ dla lekarzy cudzoziemców spoza UE i walka o wprowadzenie systemu *no fault* to tylko niektóre z wyzwania, z którymi przyszło nam się zmierzyć. Do wdrażanych przez decydentów zmian systemowych w opiece zdrowotnej wydajemy mnóstwo opinii. Niestety, zbyt często nasze uwagi są pomijane. Mimo to uważam, że reaktywacja samorządu była dla środowiska lekarskiego wielkim osiągnięciem – mówi Ewa Joniec. Podkreśla, że oczekiwania zawsze będą dużo większe niż możliwości. Należy jednak drażyć skalę, a nie myśleć, że skoro coś się nie udaje, to trzeba odpuścić. – Nieobecni w ogóle nie mają racji, a nasz głos jednak wybrzmiewa – wyjaśnia.

Poza nią prezesem izby była też Jolanta Małmyga (V kadencja), specjalistka chirurgii stomatologicznej, która uczestniczyła w tworzeniu gorzowskiej izby w 1990 r.

Z kolei w Beskidzkiej Izbie Lekarskiej kobiety zostały prezesami czterokrotnie.

– Naszą izbę organizowali głównie mężczyźni, ale kobiet zawsze było sporo – wspomina dr Krystyna Szyrocka-Kowalczyk, prezes ORL BIL w III i IV kadencji. Zmagala się między innymi z próbą likwidacji izby, co było związane z reformą administracyjną kraju, kiedy to z mapy Polski zniknęło woj. bielskie (włączone do woj. śląskiego i woj. małopolskiego). Izba obroniła jednak swoją niezależność. Za jej prezesury doszło też do utworzenia izbowego ośrodka kształcenia medycznego.

– Na parterze naszej siedziby działał wojewódzki ośrodek doskonalenia kadr medycznych. W związku z reformą miał być zlikwidowany, a lekarzom nie pozostałoby nic innego, jak jeździć na kursy i szkolenia do Krakowa albo do Katowic. Nie mogliśmy do tego dopuścić. Przejęliśmy jego działalność. Ośrodek ruszył w 1999 r. W izbie pracowaliśmy też nad ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej dla lekarzy i lekarzy dentyków. Nigdy nie jątrzyłam, zawsze dążyłam do zgody. Zeby porwać ludzi za sobą, trzeba mieć wizję, pomysły, ale też umieć się porozumieć – opowiada dr Krystyna Szyrocka-Kowalczyk.

Czy kobietom trudniej jest podejmować działania wykraczające poza podstawową pracę zawodową? – Każdemu jest trudno, a kobietom być może rzeczywiście jeszcze trudniej. Kiedy zaczęłam intensywnie pracować w izbie, musiałam zrezygnować z dyżurów w szpitalu. Nadmiar pracy wpływa na rodzinę, w tym przede wszystkim na dzieci. Trzeba zwolnić, przewartościować, z pewnych rzeczy zrezygnować. Coś za coś – uważa Krystyna Szyrocka-Kowalczyk.

Następne dwie kadencje tej izby to czas kolejnej kobiety prezes, Zyty Kaźmierczak-Zagórskiej. Znanej i cenionej działaczki samorządowej, aktywnie działającej także w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

POZOSTAWMY WYBÓR KOBIECIE

– Samorządność jest najlepszą formą możliwości wpływania na otaczającą nas rzeczywistość – uważa dr hab. Magda Wiśniewska, prezes ORL w Szczecinie VII i VIII kadencji.

IX KADENCJA

W obecnej kadencji samorządu lekarskiego rolę prezesów pełnią kobiety w siedmiu okręgowych radach lekarskich – w Opolu, Tarnowie, Gorzowie Wielkopolskim, Koszalinie, Olsztynie, Kielcach, a także w Bydgoszczy. To najwięcej w historii. Ponadto w części prezydiów ORL jest sporo kobiet, nie wspominając już o działaniach w innych obszarach. – W samorządzie lekarskim działam, odkąd urodziłam trzecią córkę, a w tym roku ona pójdzie już do szkoły. To instytucja, która dba o środowisko lekarskie, do której można i warto się zgłosić, by uzyskać pomoc. Działania okręgowych izb lekarskich i Naczelnej Izby Lekarskiej są inne i się uzupełniają – mówi Maria Kłosińska, kierownik Działu Mediów i Komunikacji Naczelnej Izby Lekarskiej, która przewodniczy również Zespołowi Matek Lekarzek w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie.



◀ Portret olejny prof. Haliny Pilawskiej namalowany przez dr. Mięczyśława Chruściela

foto: Archiwum M. Chruściela

Jedyna kobieta, która przewodniczyła Konwentowi Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich (VIII kadencja). – W 1999 r., kiedy kończyłam studia medyczne, głośno było o pomysłach wprowadzenia Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Jako świeżo upieczona absolwentka medycyny chciałam znaleźć przestrzeń, w której wspólnie z innymi młodymi lekarzami znajdę wsparcie i będę mogła wpływać na kształt naszego zawodu. Skierowałam swoje kroki do Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie. Od razu dostałam pełne wsparcie. Tak to się u mnie zaczęło – wspomina dr hab. Magda Wiśniewska. W samorządzie została do dziś. – Kompetencje nie mają płci. Jeśli ktoś się nadaje do danego zadania, to po prostu powinien je wykonać. Niestety muszę też przyznać, że kobieta przez rolę biologiczną, jaką jest bycie matką, zostaje trochę z tyłu. Myślę, że dlatego w samorządzie lekarskim ciągle jest mniej kobiet niż mężczyzn. Trudno pogodzić pracę zawodową, życie rodzinne i aktywność na innych polach – dodaje Magda Wiśniewska.

Z kolei stery Warmińsko-Mazurskiej Izby kobieta przejmuje dopiero

w VIII kadencji. Mowa o dr Annie Lelli, specjalistce periodontologii, która także w ostatnich wyborach została wybrana na prezesa tej izby. To doświadczony samorządowiec – zarówno w okręgu, na szczeblu centralnym, jak i arenie międzynarodowej. Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej (V, VI kadencja), pierwsza kobieta przewodnicząca Komisji Stomatologicznej NRL, od lat reprezentująca polski samorząd lekarski w organizacjach międzynarodowych (prezydent Europejskiej Regionalnej Organizacji ERO FDI w latach 2016-2019 jako pierwsza kobieta na tym stanowisku, pierwsza Polka w ścisłym zarządzie Światowej Federacji Dentystycznej FDI, a także wiceprezes Rady Europejskich Lekarzy Dentystów CED).

Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska późno doczekała się prezesa kobiety. – To prawda, ale z drugiej strony żeby zostać szefem izby, trzeba kandydować, na co kobiety rzadko się decydują. Nie każdy chce poświęcać swój czas na takie aktywności – tłumaczy dr Anna Lella. Jakie jest jej

zdanie o roli kobiet w samorządzie lekarskim? – Nie chciałabym w taki sposób dzielić osób. Kwestie płci czy wieku powinny mieć drugorzędne znaczenie. Nie jestem zwolenniczką podziałów: młodzi vs starzy, lekarze vs lekarze dentyści, kobiety vs mężczyźni. Oceniamy kompetencje! Liczy się to, czy ktoś wykonuje powierzone mu zadania, jest sumienny, zaangażowany, kreatywny. Jeśli mamy coś wartościowego do powiedzenia, z pewnością nasz głos będzie słyszalny – uważa Anna Lella.

W ciągu 35 lat odrodzonego samorządu lekarskiego funkcję prezesa w okręgowych radach lekarskich obejmowało/uję prawie 20 kobiet (na jedną, dwie lub więcej kadencji), w tym cztery lekarki dentyści (Anna Lella z Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, Jolanta Małmyga z OIL w Gorzowie Wielkopolskim, Jolanta Smerkowska-Mokrzycka z OIL w Opolu i nieżyjąca już Anna Mackiewicz z OIL w Zielonej Górze). W marcu tego roku dotarła do nas smutna informacja o śmierci dr Barbary Sarankiewicz-Konopki, prezesa ORL w Gdańsku w III i IV kadencji.

W części izb nigdy nie było prezesa kobiety, ale w działaniu samorządu lekarskiego w okręgach angażuje się dużo lekarek i lekarek dentystek na przeróżnych polach – między innymi w roli wiceprezesów, sekretarzy, skarbników, delegatów na krajowe i okręgowe zjazdy lekarskie, członków rad izb lekarskich, przewodniczących albo członków komisji rewizyjnych, wyborczych, stomatologicznych oraz komisji problemowych. Angażują się w wydawanie biuletynów izbowych. Pracują na rzecz spraw ważnych dla seniorów, etyki zawodu, pamięci historycznej, integracji środowiska. Wszystkich ich działań nie sposób nawet wymienić.

Są też obecne w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Dotychczas funkcję wiceprezesa NRL pełniły cztery kobiety – wspomniane już wcześniej dr Bożena Pietrzykowska (I kadencja), dr Anna Lella (V, VI kadencja), Zyta Kaźmierczak-Zagórska (VII kadencja), a także dr Agnieszka Ruchała-Tyszler (połowę VII kadencji).

Od odrodzenia samorządności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów na czele NRL nigdy nie stanęła

KULTURA I SPORT

Praca w samorządzie lekarskim to także wspieranie działalności integracyjnej środowiska lekarskiego. – Zależy mi na tym, aby lekarz był uważany za osobę wykształconą, nie tylko w sensie zawodowym, ale także w zakresie szeroko pojętej kultury. Dlatego wspieramy i promujemy lekarzy z artystycznymi pasjami – mówi dr Bożena Hoffman-Golańska, przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie, organizującej m.in. konkurs literacki „Lekarze małym pacjentom”, a ostatnio Galę Twórczości Lekarskiej. Wiele lekarek działa w obszarze kultury w izbach lekarskich, pomagając rozwijać m.in. pisarskie, wokalne, fotograficzne i malarskie pasje medyków. Jak na przykład Katarzyna Bartz-Dylewicz prowadząca Koło Lekarzy Malujących Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Przeglądając się roli kobiet wspierających integrację poprzez sport, nie sposób nie wspomnieć o Marii Szuber, organizatorce słynnych rajdów górskich służby zdrowia w Bieszczadach, od lat działającej w komisji ds. sportu zarówno w NIL, jak i w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Rzeszowie.

kobieta. Trzeba też przyznać, że w ciągu ostatnich 35 lat w ścisłym kierownictwie NRL przedstawicielki płci pięknej pojawiają się rzadko, są też w mniejszości, jeśli chodzi o skład samej NRL. Więcej działa w zespołach i komisjach problemowych. Silną kobiecą reprezentację ma też Komisja Stomatologiczna NRL.

O GODNOŚĆ I ETYKĘ ZAWODU

12 grudnia 1997 r., w drugim dniu obrad IV Krajowego Zjazdu Lekarzy, odbyły się wybory na naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej III kadencji. Delegaci zadecydowali o wyborze na to stanowisko prof. Krystyny Roweckiej-

-Trzebieckiej, specjalistki pediatrii. W V i VI kadencji funkcję NROZ ponownie objęła kobieta – Jolanta Orłowska-Heitzman (późniejsza przewodnicząca Naczelnej Komisji Rewizyjnej). W pozostałych kadencjach tę funkcję pełnili mężczyźni.

Z kolei przewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego byli wyłącznie mężczyźni. Kobiety to zdecydowanie częściej zastępcy NROZ i członkinie NSL. Przykładem jest między innymi Wanda Wenglarzy-Kowalczyk, która jest w składzie zastępców NROZ od I kadencji samorządu lekarskiego. Dodatkowo w swojej okręgowej izbie lekarskiej pracuje w komisji etyki. Wieloletnia ordynator oddziału chirurgii dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 3 w Rybniku (obecnie na emeryturze), a prywatnie mama trojga dorosłych już dzieci. – Reaktywacja izb lekarskich wzbudziła w moim pokoleniu mnóstwo entuzjazmu, bo uważaliśmy, że będziemy mogli sami o sobie decydować, ale też stać na straży odpowiedzialności zawodowej. My, lekarze, potrafimy ocenić naszych kolegów i koleżanki z szerszej perspektywy niż prawnicy. Jesteśmy praktykami i zdajemy sobie sprawę, z czego pewne problemy mogą wynikać. Lubię tę pracę i ludzi, z którymi przez te wszystkie lata przyszło mi współpracować. Zawsze też miałam fantastycznych szefów – opowiada Wanda Wenglarzy-Kowalczyk.

Specjalistkę periodontologii Mariolę Łyczewską do pracy w pionie odpowiedzialności zawodowej namówili koledzy. Zaczęła działać pod koniec lat 90. XX w. w roli zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Gdańsku. Od prawie dwudziestu lat jest w NSL, w tym już trzecią kadencję jako wiceprzewodnicząca. – Pracy jest coraz więcej. W obecnej kadencji w kilkudziesięcioosobowym składzie NSL jest tylko czterech lekarzy dentyków, a spraw stomatologicznych bardzo dużo. To się wiąże z czytaniem ton akt, na co trzeba poświęcić wiele godzin. Trzeba się przygotować do rozprawy, dojechać na wokandę, potem pisać uzasadnienia. To oznacza długie wieczory spędzone z nosem w aktach, zamiast na przykład w ciekawej książce. Rozprawy są stresujące. To po prostu ciężki

kawałek chleba – opowiada Mariola Łyczewska. Przyznaje, że brakuje jej czasu wolnego, nie żałuje jednak swojej decyzji. – Ta praca jest bardzo ciekawa i daje satysfakcję. To moja pasja. Jestem szczęśliwa, że mogę wykonywać zawód stomatologa, ale gdybym mogła jeszcze raz wybierać ścieżkę zawodową, chyba wybrałabym prawo. W obecnej kadencji NSL jest osiem kobiet. Zawsze nas było znacznie mniej niż mężczyzn. Kobiety, siłą rzeczy, mają więcej na głowie i trudno znaleźć czas zarówno na rodzinę, pracę zawodową i na dodatkowe zajęcia – dodaje moja rozmówczyni.

Kobiety są również obecne w strukturach okręgowych dbających o jakość profesji lekarskiej, łącznie z pełnieniem funkcji okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej czy przewodniczących okręgowych sądów lekarskich.

DŁUGA LISTA ZASŁUŻONYCH

Jeśli zaczniemy zliczać kobiety działające w samorządzie lekarskim od 35 lat, zapewne wyjdzie ich zdecydowanie mniej niż mężczyzn, ale to w dalszym ciągu długa lista. O ich osiągnięciach i stopniu zaangażowania w rozwój izb lekarskich niech świadczy choćby pokaźna liczba odznaczeń Meritus Pro Medicis przyznanych paniom. Orderem wyróżniono prawie 50 kobiet (na 152 przyznane odznaczenia ogółem, wiele z nich występuje w tym tekście), w tym niemal połowa to lekarki dentyści. Co oczywiste, niemożliwością byłoby w skromnym artykule prasowym przytoczyć choćby nazwiska wszystkich pań, które pochłonęła praca na rzecz dobra wspólnego lekarzy i lekarzy dentyków. Doceniamy ich zaangażowanie. Pamiętamy też o tych, których już nie ma wśród nas, i kibicujemy tym, które w przyszłości będą budowały samorząd lekarski. ●

Źródła:

P. Kordel, „Geneza, struktura i funkcjonowanie samorządu lekarskiego w Polsce w latach 1989-2009”

Z. Wiśniewski, „Kronika izb lekarskich w Polsce w latach 1945-2005”

L. Krysiak, „25x25”

strony internetowe i biuletyny okręgowych izb lekarskich i „Gazety Lekarskiej”
materiały własne

Patronaty Gazety Lekarskiej

WARSZAWA

Nowotwory krwi: problemy i nadzieje

W ramach solidarności z pacjentami zmagającymi się z nowotworami krwi 21 maja br. w Willi Foksal odbędzie się debata pokazująca, jak ważna jest pomoc psychologa w zmaganiach z chorobą.

Choroby hematologiczne w wielu wypadkach są przewlekłe. Pacjenci borykają się z różnymi fazami i nasileniem dolegliwości, a personel medyczny koncentruje się na ratowaniu zdrowia i życia. Pomoc psychologa nie znajduje się w centrum zainteresowania. Tymczasem chorzy potrzebują takiej pomocy nie tylko w szpitalu, ale również po powrocie do domu. Sami, w wielu wypadkach, wstydzą się o nią poprosić, sądząc że może zostać odebrana jako „fanaberia”. Dlatego w wielu przypadkach sami próbują stawiać czoła problemom. Podobnie zresztą, jak rodzina chorych, która również nie zawsze jest w stanie w prosty sposób poradzić sobie z sytuacją, w której się znalazła.

Fundacja DKMS chce pokazać, jak ważna jest pomoc psychologa i że powinna się znajdować w ścieżce leczenia pacjenta onkologicznego. W zorganizowanej przez nią debacie udział wezmą m.in. prof. Iwona Hus, kierownik Kliniki Hematologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie oraz prof. Katarzyna Drabko, kierownik Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, a także mały pacjent Jaś i jego mama Dorota Kieszek, autorka książki „Jak przetrwać na oddziale?” praktyczny poradnik OnkoMamy. Zaproszenie do dyskusji otrzymał również rzecznik praw pacjenta oraz Ministerstwo Zdrowia. ●

GDYNIA

Dylematy współczesności

Nowoczesne technologie to postęp, ale i wyzwania związane z ochroną praw pacjentów i zachowaniem zasad etyki.

Sztuczna inteligencja (SI), technologie biomedyczne czy telemedycyna, niosą za sobą liczne korzyści, ale również rodzą pytania o ich zgodność z obowiązującymi normami prawnymi i deontologicznymi. ●

Koło Naukowe Prawa Medycznego „Respirator” zaprasza wszystkich zainteresowanych prawem medycznym na II Ogólnopolską Konferencję Naukową Prawa Medycznego: Nowoczesne technologie a prawo medyczne. 15 maja w Wyższej Szkole Administracji i Biznesu im. Eugeniusza Kwiatkowskiego w Gdyni uczestnicy konferencji będą dyskutować m.in. o robotach da Vinci i odpowiedzialności karnej, o sztucznej inteligencji w badaniach klinicznych oraz o autonomii woli pacjenta w kontekście nowoczesnych technologii.

Organizatorzy zapraszają do udziału w konferencji również młodych naukowców, doktorantów, studentów i członków kół naukowych prawa medycznego. ●

reklama

JUBILEUSZ

Lekarze nie stronią od sportu i rekreacji

RYSZARD GOLAŃSKI
CZŁONEK KOMISJI DS. SPORTU

Popularność różnych dyscyplin spowodowała, że te cieszące się największym zainteresowaniem szybko doczekały się zorganizowania turniejów ogólnopolskich, a potem mistrzostw Polski.

Bardzo wielu przyszłych lekarzy w szkole średniej i podczas studiów pasjonuje się sportem. Reprezentują szkołę, a później uczelnię w zawodach rangi wojewódzkiej lub ogólnopolskiej. Część z nich pozostaje aktywna sportowo także po uzyskaniu dyplomu i podjęciu pracy zawodowej. Dlatego wkrótce po reaktywowaniu w 1989 r. samorządu lekarskiego do wielu okręgowych rad lekarskich zgłaszali się lekarze z propozycjami zorganizowania pod egidą izby zawodów sportowych.

Większość izb bez wahania odpowiedziała pozytywnie na te propozycje. W wielu samorządach powstały odpowiednie komisje. Często łączono w jednej komisji kulturę, sport i rekreację. Tak było w przypadku Naczelnej Rady Lekarskiej. Czas pokazał, że są to jednak zupełnie różne sfery i że lekarze zajmujący się poezją i prozą czy malarstwem różnią się od lekarzy uprawiających sport. Dlatego z czasem rozdzielano te dziedziny.

TENIS I ŻAGLE

Popularność różnych dyscyplin sportu spowodowała, że te cieszące się największym zainteresowaniem szybko doczekały się zorganizowania turniejów ogólnopolskich, a potem mistrzostw Polski lekarzy w danej dyscyplinie. Może dla czytelników „Gazety Lekarskiej” będzie zaskoczeniem, że piłka nożna nie była najpopularniejsza. Pierwsi zorganizowali mistrzostwa Polski lekarzy tenisiści. W ich ślady wkrótce poszli żaglarze, głównie za sprawą środowiska w Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej. Początkowo mistrzostwa nosiły nazwę Żeglarskie Mistrzostwa Polski Północno-Wschodniej. Tenisiści szybko, bo w 1999 r., stworzyli Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy.

Warto od razu dodać, że polscy lekarze tenisiści zdobyli na lekarskich mistrzostwach świata wiele medali, także złotych. Jeżeli wszystko ułoży się pomyślnie, w przyszłym roku Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie odbędą się w Polsce.

MOTOCYKLE, NARTY I PIŁKA

Kolejnym stowarzyszeniem jest Motocyklowy Klub Lekarzy „DoctorRiders”, utworzony w 2006 r., samo stowarzyszenie powstało później. Mistrzostwami Polski lekarzy o wieloletniej tradycji są zawody pływackie

Rekreacja to m.in. rajdy: bieszczadzki, konny im. Hubala i Jurajski Rajd Kajakowo-Rowerowy

w Dębicy. Ich poziom często jest bardzo wysoki, a zdobycie medalu jest traktowane przez lekarzy pływaków jako satysfakcjonujący sukces.

Kolejna dyscyplina, o której warto wspomnieć, to lekkoatletyka. Mistrzostwa Polski lekarzy są często włączone w Mistrzostwa Masters, w których występują byli reprezentanci Polski, a czasami olimpijczycy. Zawody lekkoatletyczne odbywają się dwa razy w roku: w hali i na stadionie otwartym.

Swoje mistrzostwa mają także lekarze miłośnicy białego szaleństwa. Narciarstwo alpejskie to nie tylko zawody rangi mistrzostw

Polski, ale także uczestnictwo polskich doktorów w mistrzostwach Europy i świata. W tegorocznych mistrzostwach świata polskie lekarki i polscy lekarze zdobyli kilkanaście złotych medali.

Krajowe mistrzostwa organizują także kolarze. Jest to grupa bardzo zintegrowana, która potrafi pogodzić sportową rywalizację i koleżeńskie relacje. Dyscypliną bardziej kameralną, ale cieszącą się sporym zainteresowaniem, jest badminton. Mistrzostwa Polski odbywają się tradycyjnie w Łodzi. Również lekarze biegacze uczestniczą w zawodach na wielu dystansach. Rywalizują na 5, 10 km, w półmaratonach i maratonach. Najczęściej są to wydarzenia o dużej liczbie uczestników, najlepsza lekarka i najlepszy lekarz otrzymują tytuły mistrza Polski lekarzy. Dość liczną grupą są lekarze siatkarze. Zawody o randze mistrzostw Polski odbywają się cztery razy w roku: w hali w kategorii open oraz oldboy oraz dwie edycje siatkówki plażowej – jedna w hali, druga na prawdziwej plaży w Niechorzu.

Wiele turniejów rozgrywa się też w piłce nożnej. Część z nich ma rangę mistrzostw Polski. Turnieje z wieloletnią tradycją to Częstochowa i Mielec. Nowością jest turniej mistrzowski w futalu, rozegrany w tym roku po raz pierwszy w Łodzi.

DŁUGA LISTA DYSCYPLIN

Oprócz tenisa ziemnego swoich zwolenników, i to dość licznych, ma tenis stołowy. Długą tradycję mają mistrzostwa w brydżu. Mistrzostwa Polski lekarzy są organizowane także w dyscyplinach mniej popularnych: w bowlingu, strzelectwie myśliwskim i sportowym, w golfie oraz w... ringo. Wszystkie wymienione wydarzenia są wspierane organizacyjnie i finansowo przez samorząd lekarski, okręgowy i naczelny. Kwintesencją lekarskiego sportu są Igrzyska Lekarskie. 20 edycji było organizowanych przez Macieja Jachymia w Zakopanem. Brało w nich udział 600-700 lekarzy. Kolejne, XXI, są organizowane przez Komisję ds. Sportu NRL i biuro NIL w Cetniewie w dniach 4-7 września. Maciej Jachymiak w tym pomaga. Miejmy nadzieję, że będzie to impreza równie udana jak te pod Giewontem. ●

JUBILEUSZ

Kolorowe pasje

JAROSŁAW WANECKI

OŚRODEK KULTURY I DZIEDZICTWA HISTORYCZNEGO NIL

Opowiadanie o działalności kulturalnej i historycznej lekarzy i lekarzy dentyków zawsze będzie zaledwie rozpoczęte i niedokończone. Nie ma takiej osoby wśród nas, aby wielość nitek tworzących sieć wydarzeń, które organizujemy od trzech i pół dekady, zmieściła w pamiątkowym tomie, a cóż dopiero w krótkim wspomnieniu.

Zaczną od literatury. Lekarze nie tylko są zapalonymi czytelnikami, ale też znakomitymi pisarzami. Wśród założycieli Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, działającej od 57 lat, był Stanisław Lem. Co roku odbywają się sympozja UPPL. Za każdym razem w innym mieście. Obecnie stowarzyszenie prowadzi Waldemar Hładki, który jest jednocześnie wiceprezesem Związku Literatów Polskich. Przez wiele lat na czele poetów i prozaików stali Barbara Szeffer-Marcinkowska i Marek Pawlikowski.

WENA, CERAMIKA I MUZYKA. I FOTOGRAFIA OCZYWIŚCIE

Samorząd lekarski współorganizuje konkursy literackie. Największy odbywa się w Krakowie i nosi imię prof. Andrzeja Szczeklika. Wena przychodzi do lekarza podczas majowych gal „Medycyny Praktycznej” z udziałem Fundacji Anny Dymnej. Warszawa ogłasza cyklicznie „Puls Słowa” dzięki zaangażowaniu Majki Żywickiej-Luckner, a Lublin konkurs twórczości dla dzieci. Nie wszyscy pisarze są w Unii. Wystarczy zajrzeć na półki księgarskie, by odnotować literackie talenty lekarzy. Wśród nich jest jeden z najwybitniejszych tłumaczy dzieł Williama Szekspira – Ryszard Długołęcki z Bydgoszczy.

Niewiele osób wie, że lekarze zajmują się rzeźbiarstwem oraz sztuką ceramiki użytkowej. Rokrocznie pod wodzą Stanisława Mysiaka odbywają warsztaty ceramiczne w Centrum Rzeźby Polskiej w Orońsku. Niewiele osób także wie, że w Polsce działają aż trzy lekarskie orkiestry. Pierwsza to zespół studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Orkiestra „Operacja Muzyka” gra przy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w Poznaniu. Największym zespołem jest Polska Orkiestra Lekarzy, którą kieruje Elżbieta Czechowska. Najbliższy koncert charytatywny POL odbędzie się 20 października 2024 r. w Bydgoszczy.

Dzięki telefonom komórkowym każdy z nas wykonuje setki zdjęć. Według artystów sztukę tworzy się za pomocą profesjonalnego sprzętu i talentu migawkowego chwytania chwil. Polscy lekarze są uznanymi w świecie artystami fotografii. Spośród plenerów i konkursów, w których uczestniczą, trzeba wymienić te z Łodzi, Kielc i Katowic. Zlot fotografików w Zyrardowie to najmłodsza inicjatywa Bożeny Hoffman-Golańskiej z izby warszawskiej. Największy rozgłos niesie się jednak z Częstochowy, gdzie Krzysztof Muskalski organizuje Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy i Warsztaty Fotografii „PhotoArtMedica”. Ale wystawy fotograficzne organizowane są przecież w całej Polsce: w galeriach i przestrzeniach miast. W Kazimierzu Dolnym nad Wisłą warsztaty plenerowe prowadzi mistrz ujęć Dariusz Hankiewicz. Lublin ma ponadto ciekawą ofertę dla studentów.

WYSTAWY I SALONY SZUKI

Jerzy Woy-Wojciechowski – kompozytor przeboju „Goniąc kormorany”, wykonywanego pierwotnie przez Krystynę Wieczorek, a jednocześnie lekarz i prezes honorowy

PTL – całymi latami zabiegał o powstanie Muzeum Historii Medycyny w dawnym Szpitalu Ujazdowskim. Dopóty marzenia profesora się nie spełnią, powstają liczne muzea uniwersyteckie oraz gromadzone są artefakty w izbach okręgowych. Muzeum Historii Medycyny i Farmacji Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach należy do najnowocześniejszych placówek tego typu w Polsce. Zasobami opiekuje się Ośrodek Dokumentacji Historycznej pod kierunkiem Krzysztofa Siemianowicza. Koronny jubileusz samorządu stał się przyczynkiem do zajmowania się już nie tylko dawnymi dziejami, z których słyną bracia Zbigniew i Krzysztof Kopcińscy, Andrzej Grzybowski (redaktor naczelny stuletniego „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”), Staszek Mysiak czy Halina Ey-Chmielewska, ale również historycy odrodzenia i zbliżeni do „matuzalemem” Markiem Stankiewiczem. Zespół Historyczny NRL powołano w 1991 r., a dzięki jego pracy zorganizowano i uporządkowano Archiwum NIL. Emocjonująca debata o przyszłości i celowości badania historii medycyny odbyła się podczas ubiegłorocznego Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej w Opolu, zorganizowanego z inicjatywą Jerzego Lacha.

Malarstwo to kolejna wielka pasja lekarzy i nie jest to tylko zwiedzanie światowych galerii. Największym rozmachem może pochwalić się Łódź, która organizuje od wielu lat konkurs i wielką wystawę obrazów nadesłanych przez

fot.: Medycyna Praktyczna



► *Polska Orkiestra Lekarzy wystąpiła na scenie Forum Mosty w Łęborgu w 2019 r.*



fot.: Kamil Andrejas



fot.: Dariusz Hankiewicz

▲ *Gala VII Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika*

◀ *Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy*

lekarzy z całego świata. Pałacyk przy Czerwonej zamienia się wówczas w salon sztuki. Wśród wystawców i laureatów jest Mieczysław Chruściel ze Szczecina, jeden z najbardziej rozpoznawalnych polskich portrecistów, którego album stu lekarskich twarzy z okazji 100-lecia samorządu lekarzy i lekarzy dentystów jest nie lada gratką dla koneserów. Tymczasem technik malarskich można nauczyć się podczas plenerów organizowanych przez Włodzimierza Cerańskiego z Warszawy. 24. edycja odbędzie się w czerwcu w Młynczysku.

Z WYSOKIEGO „C”

Chóralistyka lekarska, od której właściwie powinienem zacząć prezentację, to światowa potęga. W jedenastu chórach występuje obecnie ponad trzytysiąc lekarzy i lekarzy dentystów. Repertuar mają ogromny. Jest tam: muzyka dawna, sakralna, klasyczna i rozrywkowa. Przygotowanie piosenki dla chóru nie jest łatwe. Zajmują się tym profesjonalni aranżerzy. Zespoły ćwiczą 1-2 razy w tygodniu oraz podczas weekendowych zjazdów. Warsztaty chórów organizowane były zaledwie kilka razy w Olsztynie, Warszawie i ostatnio w Opolu podczas Lekarskiego Przeglądu Piosenki Polskiej. Marcin Nowiński połączył spotkanie chórzystów z Kongresem Polonii Medycznej w Gdańsku. Aż trzykrotnie chórzystów gościła Wielkopolska, gdzie trud organizacyjny zawsze brała na siebie Justyna Chełmińska, łącząca aktywność lekarza i dyplomowanego dyrygenta.

Z chórami występują soliści – zawodowe sopran, mezzosopran, basy i tenory, bez których msza Moniuszki czy Requiem Mozarta byłyby niemożliwe do wykonania. W Szczecinie organizowany

był konkurs solistów muzyki poważnej. Najbardziej rozpoznawalnymi głosami dysponują Hanna Zajączkiewicz, Anna Kutkowska-Kass i Ewelina Sielska-Badurek. Wysokie „C” nie przeszkadza im w codziennej pracy z chorem i rozwijaniu karier naukowych.

Najstarszym chórem jest zespół z Olsztyna. Działa od ponad 30 lat i był organizatorem wielkich wydarzeń muzycznych. Najmłodszy chór założono w Krakowie. Dumne ze swoich wykonawców są: Poznań, Warszawa, Szczecin, Białystok, Katowice, Lublin, Opole, Bydgoszcz i Gdańsk.

PASJA MA WIELE TWARZY

W stolicy Warmii i Mazur odbywa się jedna z najbardziej dynamicznych i energetycznych imprez rozrywkowych. Co dwa lata zjeżdżają tam kapele, by zagrać podczas festiwalu Esculap Rock. Ubiegłoroczny odbył się podczas IV Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich i zgromadził rekordową liczbę wykonawców, bo aż jedenaście zespołów.

Joanna Maślankowska jest autorką projektu #SztukaNaszycDzieci, integrującego wokół artystycznych pasji rodzin lekarskich. Dotychczasowe edycje poświęcone były piosence i literaturze.

Najważniejsze wydarzenia kulturalne i historyczne dzieją się w okrogłych izbach lekarskich. Dla przykładu, organizująca jubileuszowy koncert podczas XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy ORL w Łodzi z prezesem Pawłem Czekalskim

przygotowuje całą paletę zaproszeń na: wernisaże, wieczory jazzowe, konkursy wszelkie, biesiady literackie i jedyne w swoim rodzaju występy kabaretu „Bąk”. A przecież w każdym niemal zakątku kraju odbywają się noworoczne bale, choinki lub dni dziecka, potańcówki, turnieje gier planszowych i spotkania z zajmującymi się różnymi dziedzinami sztuki, koleżankami i kolegami. W płockiej izbie tradycji stały się wycieczki teatralne. Scena to pasja, którą wykorzystywaliśmy do przygotowywania ogólnopolskich gal w teatrach: Narodowym, Polskim i Capitolu w Warszawie, Słowackiego i Starym w Krakowie, Fredry w Gnieźnie, Operze Lwowskiej oraz Kochanowskiego w Opolu. Wielu nie udało się zrealizować bez pomocy TU Inter Polska.

Kultura to także terapia. Historia to nie tylko dzieje, ale wyciąganie wniosków na przyszłość i pamięć o mistrzach, autorytetach oraz geniuszach zawodów, ratujących zdrowie i życie. W kulturę i historię warto inwestować. Pozazawodowe pasje są wentylem bezpieczeństwa psychicznego oraz świadectwem humanistycznej potęgi medycyny, w tym budowania relacji lekarz-pacjent i lekarz-lekarz. ●

Rada Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL stara się, aby cały dotychczasowy dorobek artystyczny i dziejowy izb lekarskich, pokazać na platformie mediateka.nil.org.pl. Mamy nadzieję, że do następnego jubileuszu wszystko uda się zamknąć w słowach, nutach, pejzażach i faktach.*

JUBILEUSZ

Kształcenie: wymóg etyczny i prawny

ADRIAN BOGUSKI

Ustawiczna edukacja to podstawowy obowiązek lekarzy wynikający z samej istoty zawodu. Jak jest realizowany w NIL, pokazuje droga, jaką udało się przejść od Ośrodka Doskonalenia Zawodowego do Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia.

Potrzeba stałej aktualizacji wiedzy i umiejętności to wynik przede wszystkim szybkiego rozwoju nauki i innowacji w medycynie. W 2000 r. Naczelna Rada Lekarska (NRL) skonkretyzowała i sprecyzowała zasady kształcenia lekarzy poprzez uchwałę (nr 13/97/00/III) w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy i lekarzy stomatologów, a następnie jej nowelizację w 2003 r. (nr 38-03-IV). Dokumenty te stały się podstawą rozporządzenia ministra zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów.

Naczelna Izba Lekarska nie poprzestała jedynie na sygnalizacji potrzeb i wpływniu na korzystne dla środowiska lekarskiego procesy decyzyjne ministerstwa, ale w ramach własnych zasobów zaczęła organizować kursy i szkolenia dla lekarzy.

– Główny argument przemawiający za utworzeniem Ośrodka Doskonalenia Zawodowego (ODZ) w NIL stanowił fakt, że lekarze zawsze, od starożytności, podwyższają swoje kwalifikacje albo przynajmniej starają się utrzymać je na poziomie, który formalnie nazywa się zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i zasadami wykonywania zawodu. Postanowiliśmy na to zapotrzebowanie odpowiedzieć w NIL – tłumaczy prof. Romuald Krajewski, wiceprezes NRL V i VI kadencji, pierwszy kierownik Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL.

SZKOLENIE NIE TYLKO W OKRĘGACH

ODZ w ramach Naczelnej Izby Lekarskiej utworzono w V kadencji organów samorządu lekarskiego – 19 września 2008 r., kilka lat po tym, jak ODZ zaczęły funk-

cjonować w niektórych okręgowych izbach lekarskich. Dlatego pojawiało się pytanie, zadawane wówczas przez niektórych przedstawicieli samorządu lekarskiego z okręgów, o cel powstania ośrodka w NIL.

– Zróźnicowanie między aktywnością edukacyjną w zakresie doskonalenia zawodowego pomiędzy okręgowymi izbami lekarskimi było wówczas bardzo duże. Założenie czy też twierdzenie, że okręgowe izby lekarskie zaspokajają te potrzeby

W latach 2009-2017 ODZ przeszkolił ponad 11 tys. lekarzy i lekarzy dentyistów z całej Polski w zakresie m.in. kompetencji miękkich

w pełni, było w połowie niesłuszne. Sądziłem i mocno podkreślałem, że NIL jest miejscem dla lekarzy. Dysponowaliśmy środkami, które chcieliśmy wykorzystać w wymierny sposób na cel, którym będą zainteresowani lekarze. Posiadaliśmy też wyniki badań świadczące o chęci lekarzy do podjęcia szkoleń w NIL – przypomina prof. Krajewski.

Początki działalności ODZ to stworzenie od podstaw jego struktury organizacyjnej, określenie kierunków oferty edukacyjnej i pozyskanie wykładowców. Do zadań nowo powołanego ODZ NIL nie należało jedynie organizowanie szkoleń, ale także wsparcie okręgowych izb lekarskich w realizacji ustawowego obowiązku

doskonalenia zawodowego oraz rozpowszechniania wytycznych postępowania medycznego opierających się na aktualnej wiedzy medycznej i zasadach evidence based medicine. Niepisaną zasadą w organizacji szkoleń w ramach samorządu lekarskiego stanowił podział tematyki szkoleń. NIL oferował kursy związane z zagadnieniami ogólnomedycznymi z zakresu komunikacji czy też prawa, natomiast bardziej specjalistycznymi zagadnieniami zajmowały się okręgowe izby lekarskie. Początkowe wątpliwości zostały w ten sposób rozwiane na rzecz równowagi całościowej oferty doskonalenia zawodowego w ramach samorządu lekarskiego.

ODPOWIEDŹ NA ZAPOTRZEBOWANIE

Istotnym momentem w funkcjonowaniu ODZ, który ukierunkował dalsze działania ośrodka, był projekt szkoleń dla młodych lekarzy dotyczący umiejętności komunikacyjnych.

– To była nasza odpowiedź na zapotrzebowanie środowiska, które wtedy jeszcze nie było zbyt świadome, jak zdolności komunikacyjne wpływają na pracę lekarza. Obecnie umiejętności komunikacyjnych czy też społecznych uczy się na uczelniach. Wówczas pojawiła się dyskusja medialna dotycząca potrzeby poprawy komunikacji z pacjentami w zawodzie lekarza, oczywiście niepozbawiona znaczących uproszczeń i utopijnych schematów myślenia o zbawczym wpływie komunikacji na leczenie. Jednak dzięki m.in. tej dyskusji udało się nam otrzymać dofinansowanie

i zorganizować szkolenie, które w merytoryczny sposób dotyczyło komunikacji – mówi wiceprezes NRL V kadencji.

Dzięki obecności młodych lekarzy w NIL wraz z powstałym w 2010 r. Ośrodkiem Studiów Analiz i Informacji NIL ODZ mógł badać różnego rodzaju potrzeby edukacyjne, które następnie realizował, organizując odpowiednie szkolenia. W latach 2009-2017 ODZ przeszkolił ponad 11 tys. lekarzy i lekarzy dentyistów z całej Polski w zakresie kompetencji miękkich, prawa medycznego i zarządzania. W latach 2012-2015 w szkoleniach współfinansowanych ze środków UE wzięło udział 3724 lekarzy i lekarzy dentyistów. W latach 2013-2017 w szkoleniach z radiologii w ramach ODZ NIL uczestniczyło 2990 lekarzy dentyistów.

CZAS FUNKCJONOWANIA ONLINE

Od 2020 r. obowiązki kierownika ODZ przejął Artur Drobniaak. Pandemia COVID-19, związane z nią zagrożenia, ograniczenia i wyzwania – wprowadzenie nowego systemu podatkowego oraz przepisów dotyczących nowych zasad funkcjonowania podmiotów leczniczych – zrodziły potrzebę wspierania lekarzy w radzeniu sobie z tymi problemami.

– W pandemii z wiadomych względów przeszliśmy w ODZ na szkolenia online. Początkowo nie było to proste, gdyż nikt z nas nie był przyzwyczajony do kształcenia zdalnego, szczególnie w zakresie tzw. kompetencjach miękkich. Sprawnie musieliśmy przeszukać rynek dostępnych już edukatorów, którzy w sposób ciekawy i merytoryczny byli w stanie realizować szkolenia i warsztaty w formie online. W ciągu 2-3 miesięcy udało nam się utworzyć nowe plany kształcenia, dzieląc szkolenia na kategorie: prawo, zarządzanie, tzw. kompetencje miękkie i zawodowe – przypomina dr Artur Drobniaak, ówczesny kierownik ODZ NIL, obecnie dyrektor Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL.

Przeniesienie szkoleń do sieci zostało bardzo dobrze przyjęte przez lekarzy. Pozwoliło nie tylko kontynuować je mimo restrykcji pandemicznych, lecz także stanowiło świetne odzwierciedlenie funkcji szkoleń oferowanych przez NIL, które – choć od zawsze stanowiły ofertę NIL dla lekarzy z całej Polski – dopiero przeniesione do internetu przełamały wszelkie bariery dostępności.

W tym okresie z racji dość dużej liczby lekarzy, którzy otwierali własną działalność gospodarczą, stając się

► Dyrektor COBIK i współzałożyciel NIL IN dr Artur Drobniaak podczas jednego z wielu występów

foto: Mariusz Tomczak



mikroprzedsiębiorcami, zrodziła się również potrzeba szkoleń dotyczących zarządzania.

– Wyszliśmy z założenia, że będziemy starali się zawsze odpowiadać na potrzeby – nazwijmy to – chwili, czyli na przykład w reakcji na nowe zasady opodatkowania czy nowe zasady zarządzania jednoosobową działalnością gospodarczą. Korzystając z pomocy specjalistów prawa podatkowego, organizowaliśmy takie szkolenia w szybkim trybie. Muszę przyznać, że cieszyły się ogromną popularnością, często frekwencja sięgała nawet 500 osób. Po zmianie przepisów w zakresie ochrony radiologicznej dla lekarzy dentyistów błyskawicznie zorganizowaliśmy kurs na inspektora ochrony radiologicznej z państwowym egzaminem dającym uprawnienia. Wszystko w siedzibie NIL – dodaje dr Drobniaak.

KROK DO PRZODU

Potrzeba prac nad danymi, które napływały do NIL, przyczyniła się do utworzenia jednostki, która na zlecenie samorządu lekarskiego fachowo zajęła się prowadzeniem badań potrzeb lekarzy i lekarzy dentyistów oraz badań samych grup lekarzy. Na zlecenie NRL Ośrodek Badań i Analiz prowadzi badania, których wyniki i wnioski pozwalają na prowadzenie skutecznych rozmów z decydentami. Uzupełniwszy zakres działalności dotychczasowego ODZ o analitykę, nowe kierownictwo ośrodka dostre-

gło również potrzebę zaangażowania się w proces rewolucji technologicznej w medycynie. Stąd na bazie pierwotnego Ośrodka Doskonalenia Zawodowego powstał Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia.

– Uważam, że ten tryptyk (Ośrodek Kształcenia, Ośrodek Badań i Analiz oraz Centrum Innowacji i Telemedycyny) pozwala na zamknięcie całego skrzydła działalności Naczelnej Izby Lekarskiej i samorządu lekarskiego w zakresie edukacji, badań i rozwoju, także tego związanego z nowoczesnymi technologiami. Wychodząc z założenia, że zawsze warto być krok do przodu i współtworzyć zmiany, a nie jedynie reaktywnie odpowiadać na wprowadzane rozwiązania. Chcemy, by COBIK przewidywał wydarzenia polityczne czy prawne, które wkrótce nastąpią, i przynajmniej pośrednio włączał się w proces decyzyjny – zaznacza Artur Drobniaak.

Lekarze także dostrzegają potrzebę poszerzania swoich kompetencji w zakresie zarządzania i innowacji, skąd wypływa pionierska rola COBIK w organizowaniu takich szkoleń.

– Próbuje przekazać naszym koleżankom i kolegom pigułkę wiedzy o tych dwóch zagadnieniach. Mam wrażenie, że stajemy się rozpoznawalną instytucją pod kątem kształcenia właśnie w tych zakresach. W zasadzie w zakresie innowacji w medycynie obecnie nikt nie kształci, jedynie nieśmiało „dokleja”

te zagadnienia do prowadzonych studiów podyplomowych. Szerokie dotarcie do lekarzy pozwala nam zająć pozycję pionierów w tym obszarze, przynajmniej dla naszej grupy zawodowej. W największym stopniu odczuliśmy to dzięki działalności w ramach Sieci Lekarzy Innowatorów, czyli NIL IN powołanej półtora roku temu. Należy do niej obecnie prawie 700 lekarzy – podkreśla dyrektor COBIK NIL.

W minionym 2023 r. Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia NIL zorganizował 250 wydarzeń edukacyjnych, w których wzięło udział ponad 30 tys. uczestników – lekarzy i lekarzy dentystów. W zależności od potrzeb i celów były to warsztaty stacjonarne, warsztaty online, webinaria i konferencje hybrydowe, szkolenia online w czasie rzeczywistym oraz wykłady wcześniej nagrane i retransmitowane. •



MARIOLA ŁODZIŃSKA
PREZES NACZELNEJ RADY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Do chwili obecnej samorząd zawodowy pielęgniarzek i położnych nie posiada sposobu weryfikowania tego obowiązku, choć było już kilka prób wprowadzenia systemu weryfikowania poprzez określenie punktów edukacyjnych. W naszej ocenie obecnie punkty edukacyjne funkcjonujące wśród innych zawodów, nie tylko medycznych, ale też prawniczych, to sposób dokumentowania aktualizacji wiedzy. Należy dodać, że nie jest on idealny. Warto podkreślić, że jest to dobry moment na wywiązanie się z ustawowego obowiązku, ponieważ trwają prace nad nowelizacją ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, która taki proces weryfikacji może wprowadzić. Zapewne już na etapie wprowadzania zmian w ustawie należy pomyśleć o skutecznym egzekwowaniu tego obowiązku i ewentualnych konsekwencjach braku przestrzegania przepisów prawa. •

SUKCESY I SZANSE

Obowiązek ustawicznego kształcenia jest wymogiem etycznym i prawnym dla wszystkich grup zawodów zaufania publicznego. Nie wszystkie jednak zdają się realizować go w ten sam sposób, co często wynika z tempa rozwoju struktury samorządowej danego zawodu, jego zasobów instytucjonalnych czy potrzeb przedstawicieli danej profesji. O komentarz dotyczący realizacji obowiązku ustawicznego kształcenia poprosiliśmy Włodzimierza Chróścika, prezesa Krajowej Rady Radców Prawnych, która może się poszczycić wysoką skutecznością kształcenia, oraz Mariolę Łodzińską, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – samorządu, przed którym stoi szansa wprowadzenia odpowiednich przepisów dotyczących weryfikacji ustawicznego kształcenia członków swojego samorządu.

WŁODZIMIERZ CHRÓŚCIK
PREZES KRAJOWEJ RADY RADCÓW
PRAWNYCH



Samorząd radcowski notuje jeden z najwyższych w kraju poziomów wykonania obowiązku doskonalenia zawodowego przez swoich członków, sięgający prawie 95 proc. Nie bez znaczenia dla tego wyniku jest zaangażowanie okręgowych izb radców prawnych i ich oferta szkoleń online, stacjonarnych i wyjazdowych. Uzupełnia je sukcesywnie poszerzana oferta szkoleń na platformie e-KIRP – w samym 2023 r. udostępniłszy ponad 100 nowych szkoleń. Wykorzystując jedynie platformę e-KIRP, można uzyskać ponad 500 punktów.

Radcowie mogą też wpływać na kształt oferty szkoleniowej, zgłaszając propozycje wykładowców oraz tematów szkoleń, co dodatkowo

urozmaica katalog dostępnych szkoleń, spełniając rosnące oczekiwania użytkowników.

Warto wspomnieć, że na stopień realizacji obowiązku szkolenia zawodowego wpływa też fakt, że niewypełnienie przez radcę obowiązku uzyskania minimum 40 punktów w trzyletnim cyklu szkoleniowym może prowadzić do wszczęcia postępowania dyscyplinarnego. Aby ułatwić rejestrację punktów szkoleniowych, uruchamiamy wspólną, specjalną platformę, która umożliwi automatyczne naliczanie punktów zdobytych podczas szkoleń samorządowych na indywidualnym koncie radcy oraz zapewni możliwość zdalnego dopisania punktów zdobytych w innych miejscach. •

Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej

zaprasza na nowe szkolenia
w sesji wiosenno-letniej!

- ✓ 63 szkolenia on-line
- ✓ 10 warsztatów stacjonarnych
- ✓ bezpłatne dla lekarzy w ramach opłacanych składek członkowskich do izb lekarskich
- ✓ akredytowane - uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne
- ✓ dla lekarzy z całej Polski

Tematy szkoleń dotyczą zagadnień m.in.: prawnych, zarządzania, kompetencji miękkich, innowacji w medycynie oraz zagadnień związanych z wykonywaniem zawodu i wiedzą medyczną z obszaru poszczególnych specjalizacji.

W okresie wiosenno-letnim Ośrodek Kształcenia NIL przygotował dla Państwa wiele szkoleń w porozumieniu z Polskimi Towarzystwami Medycznymi, takimi jak:



Polskie Towarzystwo Badania Bólu



Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej



Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



Polskie Towarzystwo Patologów



Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej



Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości i Novo Nordisk Polska



Polskie Towarzystwo Seksuologii Medycznej

W wakacje zapraszamy Państwa na kolejne weekendowe warsztaty pt. **“Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej”** których celem jest dostarczenie praktycznych sposobów na radzenie sobie z lękiem i stresem oraz budowanie odporności psychicznej w obciążającym emocjonalnie zawodzie medyka.

Zapraszamy do zapisów na nasze szkolenia!

Zapisy na szkolenia:

www.nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



JUBILEUSZ

Słownik wyrazów bliskich i dalekich

JAROSŁAW WANECKI

Subiektywny spis haseł opisujących działalność odrodzonych izb lekarskich w Polsce powstał pięć lat temu. Jubileuszowe kamienie milowe i perły chwały niewiele się w tym czasie zmieniły. Dlatego krótka historia samorządu dwóch zawodów wymagała zaledwie odkurzenia i skromnego suplementu. Znacze? Znamy! To poczytajcie!

Autonomia stomatologów to postulowana od lat samodzielność lekarzy dentystów w sprawach zawodu, która wymyka się, gdy o lekarzach niedentystach decyduje cały samorząd, a jurysdykcja organów nie jest rozdzielona. Substytut autonomii powinna zapewniać siła Komisji Stomatologicznej, a dawne dążenie do separacji i przedwojennego podziału na izby lekarskie i dentystyczne jest już raczej poza dyskusją.

Biurokracja i cyfryzacja zabijają relację z pacjentem i koleżeństwem. W przekonaniu wielu lekarzy elektroniczne harmonogramy, formularze, zwolnienia, recepty i sprawozdania są narzędziami kontroli fiskalnej. Kolejne rządy uszczelniają system **dokumentacji** medycznej papierem formatu P1, a mimo to kolejki do gabinetów wydłużają się niezależnie od politycznych zmian.

Emigracja spędza sen z powiek politykom. Europa jest nadal elementem porównań warunków pracy, płacy i standardów terapii. Unia Europejska to wiele miejsc, do których wyjeżdżamy nie tylko w celach turystycznych, ale także zarobkowych i naukowych. Masowy exodus był swego czasu straszakiem, który zamiast przestraszyć, sprowokował do utworzenia kilkudziesięciu wydziałów lekarskich w celu wypełnienia wakatów.

Frekwencja wyborcza jest jednym z najbardziej miarodajnych mierników braku popularności samorządu i jego liderów wśród lekarzy i lekarzy dentystów. Osiągnięcie 20-proc. udziału w wielu

rejonach jest niemożliwe. W VII kadencji izba plocka, jedyna w kraju i w historii, osiągnęła najlepszy wynik frekwencyjny, uzyskując 53 proc. zwrotów kart wyborczych. Średnia ogólnopolska wyniosła wówczas... 15 proc.

„Gazeta Lekarska” dociera do każdego lekarskiego domu nieprzerwanie od 1990 r. Podobno nikt jej nie czyta i jest złośliwie nazywana najdroższym miesięcznikiem w Polsce.

Głosowanie w lokalach i głosowanie korespondencyjne to sposoby na przeprowadzenie wyborów w rejonach. Wkrótce możliwe będzie również głosowanie elektroniczne, a izby lekarskie będą pionierami w testowaniu nowych rozwiązań wyborczych w Polsce.

Hasztag to znacznik poprzedzający słowo lub wyrażenie, ułatwiający wyszukiwanie powiązanych treści w mediach społecznościowych. #SamorządPrzyszłości pozwolił na grupowanie wiadomości i wyborców podczas XV Krajowego Zjazdu Lekarzy. #SztukaNaszychDzieci jest próbą integracji wokół twórców kultury w domach lekarskich.

Izba to nie urząd! – tak brzmiało osiem lat temu hasło kampanii młodszych lekarzy. Rzeczywistość jest jednak bardziej skomplikowana. Oczekujemy koleżeńskiego traktowania i usuwania wszelkich przeszkód w wykonywaniu zawodu, ale

ustawodawca przeniósł na samorząd obowiązki państwa. Nie powinna zatem dziwić urzędnicza czujność administratora rejestrów oraz organów odpowiedzialności zawodowej.

Jubileusz łączy i dzieli. Urodziny izb lekarskich odbywają się co pięć lat od 1999 r. Organizatorami były kolejno: Kraków, Poznań, dwukrotnie Warszawa, a obecnie Łódź. Uroczystości integrują wokół wspólnych tematów i honorują najbardziej zasłużonych. Nie wszystkim takie okazjonalne zloty się podobają.

Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalono podczas obrad Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy w Białymostku-Białej. Obecnie obowiązujący kanon deontologiczny powstał w 2003 r. w Toruniu. To najbardziej nieznanym dokument wśród lekarzy i lekarzy dentystów. Jednostki recytują go z pamięci. Gros stosuje KEL intuicyjnie. Na Kodeks chętnie powołują się dziennikarze, często nie wiedząc, o czym mówią i piszą.

Konwent Prezesów jest komisją Naczelnej Rady Lekarskiej. Liderzy izb mają mandaty zjazdów okręgowych i reprezentują wykonawców uchwał. 24-osobowe gremium jest forum wymiany doświadczeń i wypracowywania rozwiązań, które prowadzą do ujednoczenia procedur przez niezależne organizacyjnie izby.

Kultura lekarska, poza aspektem merytorycznym, jest częścią porady lekarskiej. Media

nieustannie donoszą o jej braku, co często potwierdzają organy dyscyplinarne. Zaprzeczeniem tego braku są natomiast zainteresowania pozazawodowe lekarzy. Jesteśmy potęgą talentów: literackich, muzycznych i rzemiosła artystycznego, co nie zawsze jest wysoko cenione przez działaczy lokalnych i naczelną władzę w Warszawie.

Lekarz. Ilekroć w przepisach jest mowa o lekarzu bez bliższego określenia, rozumie się przez to również lekarza dentystę. Wszyscy jesteśmy lekarzami!

Łut szczęścia zdecydował o powołaniu odrodzonych izb lekarskich. Kadencja Sejmu IX kadencji PRL została skrócona, co spowodowało, że ustawę można było głosować tylko podczas ostatniego posiedzenia 17 maja 1989 r. lub czekać, aż odbędą się wybory do Sejmu kontraktowego. Ustawę przyjęto jednogłośnie, przy nieobecności Klubu Zjednoczonego Stronnictwa Ludowego.

Majątek izb jest trudny do oszacowania. Składają się na niego nie tylko zaksięgowane składki, ale przede wszystkim nieruchomości, w których są sekretariaty, gabinety władz, sale rozpraw sądowych, aule konferencyjne, kluby lekarza i archiwa. Pierwotną prząsność lat dziewięćdziesiątych zastąpiono estetyczną funkcjonalnością lub bezdusznym urzędowym chłodem biur obsługi lekarza. Numerek, okienko i hajda stąd...

Małe izby są kłopotem izb dużych. Na początku okręgi rozlokowano w ośrodkach akademickich, w wojsku, MSW i na kolei. Rozstrzygające o mapie były referenda i zmiana ustroju. W 1999 r., w czasie reformy administracyjnej, nie powiodło się wyznaczenie 16 izb tożsamy z województwami. Ostatnia bitwa przetoczyła się podczas prac nad obowiązującą ustawą o izbach lekarskich. Najmłodsza izba powstała z oderwania się delegatury częstochowskiej od Łodzi w 2001 r. i wytrwała sądowo-terytorialny bój przez kolejne osiem lat ze Śląskiem.

Ministerstwo Zdrowia jest adresatem niemal każdego postulatu lekarskiego. Pielgrzymki na Miodolną odbywają się nieustannie. Trampolina podrzuciła do ministerialnych gabinetów kilku aktywistów, ale karuzela stanowisk szybko kończyła ich kariery.

Naczelna Rada Lekarska (NRL) kieruje działalnością Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) w okresie między krajowymi zjazdami lekarzy (KZL).

No fault jako rozwiązanie systemowe powinno umożliwić wynagrodzenie pacjentom wystąpienia u nich

niepożądanych zdarzeń medycznych bez orzekania o winie lekarza. Wszystko przed nami.

Okręgów mamy 23. Dodatkowo wojskowa izba obejmuje cały kraj. Największy rejestr prowadzi stolica, mając ponad 30 tys. członków. Niejednorodność izb ma lokalne zalety, ale podstawowa wada tkwi w ustawie, która stworzyła strukturę praktycznie niezależną od centrali. Wokół izb skupia się działalność integrująca: wydawane są biuletyny, organizowane doskonalenie podyplomowe oraz imprezy kulturalne, sportowe i okolicznościowe. Tutaj oparcie znajdują seniorzy stanowiący 20 proc. członków samorządu.

Podyplomowe kształcenie to jedno z ważniejszych zadań izb, które jednocześnie mają apetyt na jego kompleksowe prowadzenie w przyszłości, łącznie z odpowiedzialnością za specjalizacje i egzaminy. Jednak obowiązki kształcenia podyplomowego jest masowo zaniedbywany, punkty edukacyjne potwierdza garstka skrupulantów.

Praktyka zawodowa prowadzona w formie jednoosobowej działalności gospodarczej podlega rejestracji w okręgowej izbie lekarskiej i wykonywana jest pod nazwiskiem. Debata o uchyleniu zakazu zatrudnienia lekarza przez lekarza przetacza się okresowo, zwłaszcza wśród stomatologów. Z kolei moda na samozatrudnienie jest pokłosiem antypodatkowego przepisu o praktyce lekarskiej wykonywanej wyłącznie w zakładzie leczniczym, co doprowadziło do sytuacji, że niejeden szpital prowadzony jest przez dziesiątki podmiotów gospodarczych.

Prezes NRL jest twarzą samorządu i pierwszym jego głosem. Reprezentowanie 200 tys. indywidualności i autorytetów, w szerokim spektrum od stażysty do światowej sławy naukowca, jest awykonalną ekwilibrystką i kolejne próby przełamania tej sytuacji kończyły się i będą nadal się kończyć niepowodzeniem.

Protest! Od lat 80. XX w. wyrażamy niezadowolenie z reform, które spychają medyków na margines systemu. Gniew przybierał różne formy, aż do długotrwałych głodówek. Najczęściej organizowane były manifestacje i oflagowania.

W negocjacjach jak bumerang wracały tematy: czasu i warunków pracy, dyżurów, podwyżek oraz magicznych procentów na zdrowie. Symbolem ostatniej fali buntu został **Rezydent**.

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej prowadzi postępowanie wyjaśniające w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz sprawuje funkcję oskarżyciela przed sądami lekarskimi.

Sąd lekarski jest zdobywcą 1989 r. Rozumiejemy to odpowiadający przed nielekarskimi gremiami, oceniającymi błędy zawodowe w czasach słusznie minionych.

Składka w 1990 r. wynosiła 2 proc. pensji. Nikt nie potrafił policzyć takiej daniny. Dzisiaj byłoby jeszcze trudniej. Obecne 120 zł miesięcznie w porównaniu z innymi korporacjami nie jest sumą wygórowaną. Problem stanowi re-dystrybucja. Na co się składamy? Każda izba daje inną odpowiedź.

Teczka. Każdy lekarz i lekarz dentysta ma swoją kartotekę w macierzystej izbie lekarskiej oznaczoną numerem prawa wykonywania zawodu. Pierwsze teczki przeniesiono w 1990 r. z wojewódzkich wydziałów zdrowia. W tekturowych okładkach można znaleźć życiorysy, wnioski, dyplomy i świadectwa pracy.

Ustawę o izbach lekarskich wyszarpało Polskie Towarzystwo Lekarskie od Sejmu PRL IX kadencji. Nie mniej ważne było późniejsze prawodawstwo dotyczące zawodów, aborcji, zdrowia psychicznego, zakładów opieki zdrowotnej, finansowania ze środków publicznych, ratownictwa medycznego, działalności leczniczej i sieci szpitali.

Warszawa, ul. Sobieskiego 110 – to adres organów NIL. Siedziba oddana została do użytku w 1997 r.

„Zeszyt Historyczny” jest wydawnictwem z okazji 100-lecia izb lekarskich w Polsce z 2021 r. Jego zawartość stanowi sto pytań z tezą, na które odpowiada stu wybranych samorządowców, polityków, dziennikarzy i etyków. „Zeszyt Historyczny” porównywany jest do raportu Flexnera z 1910 r. i jest przedmiotem badań naukowych z zakresu medycyny narracyjnej i historii izb lekarskich w Polsce. ●

JUBILEUSZ

Po co lekarzom gazeta?

RYSZARD GOŁAŃSKI

REDAKTOR NACZELNY „GL” W LATACH 2010-2019

W ciągu 35 lat bardzo zmieniał się charakter „Gazety Lekarskiej”, ale do dziś aktualne jest oczekiwanie, że będzie ona źródłem informacji o zmieniających się przepisach dotyczących zawodu lekarza i lekarza dentystry.

Tytuł „Gazeta Lekarska” ma tradycję liczącą 158 lat. W 1866 r. zostało założone pod tą nazwą pismo poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskich. W 1922 r. powstała „Polska Gazeta Lekarska” z połączenia czterech czasopism: „Gazety Lekarskiej”, „Przeglądu Lekarskiego”, „Czasopisma Lekarskiego” oraz „Lwowskiego Czasopisma Lekarskiego”.

Naturalne było, że po odrodzeniu samorządu zawodowego lekarzy na mocy ustawy o izbach lekarskich z 17 maja 1989 r. „Gazeta Lekarska” została ustanowiona oficjalnym organem Naczelnej Rady Lekarskiej. Jej pierwszy numer ujrzał światło dzienne w 1990 r.

SAMORZĄD TO KORZYŚCI

W ciągu 35 lat bardzo zmieniał się charakter „Gazety”. W pierwszym okresie jej głównym zadaniem było informowanie lekarzy i lekarzy dentystrów o organizacji izb lekarskich, ich zadaniach i sposobach działania. Dla zdecydowanej większości lekarzy ich samorządowy był czymś nowym, nieznanym, a często niechcianym. Niechęć wynikała z obowiązkowej przynależności do izby oraz wynikającej z tego konieczności płacenia składki. Ten rygor był częściowo niezgodny z tendencjami wolnościowymi, zrodzonymi przemianami w Polsce w 1989 r. Oczywiście rolą „Gazety Lekarskiej” było przekonywanie lekarzy o korzyściach wynikających z funkcjonowania samorządu zawodowego. Jednym z podstawowych argumentów było przejęcie przez izby systemu odpowiedzialności zawodowej lekarzy – powstanie organów rzecznika odpowiedzialności zawodowej i sądu lekarskiego. Korzyść z takiego rozwiązania polegała na tym, że to lekarze

oceniają sposób wykonywania zawodu, a nie przypadkowe osoby. Trudno przecenić rolę „GL” w początkach działania samorządu. Była ona głównym, a często jedynym, źródłem informacji o kształtowaniu się struktur Naczelnej Izby Lekarskiej: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Naczelnego Sądu Lekarskiego i Naczelnej Komisji Rewizyjnej.

Zgodnie z ustawą uchwały NRL obowiązują wszystkich lekarzy. Dlatego tak ważne było przekazywanie wiadomości dotyczących prawa wewnętrznego samorządu. Ważnym zadaniem było też informowanie czytelników o zmianach w przepisach dotyczących ochrony zdrowia. A lata 90. to był okres znaczących przemian w organizacji opieki zdrowotnej oraz jej finansowaniu. Zmieniono także system kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystrów. Kolejne redakcje „GL” zawsze uważały te informacje za niezwykle ważne. Było to zgodne z oczekiwaniami lekarzy. Dwukrotnie przeprowadzono wśród lekarzy ankiety co do zawartości gazety. W obu przypadkach na pierwszym miejscu było oczekiwanie, że będzie źródłem informacji o zmieniających się przepisach dotyczących wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. A ponieważ zmiany w przepisach są czymś permanentnym, ten postulat pozostaje niezmiennie aktualny.

NOWOŚCI W MEDYCYNIE

Ważnym zadaniem „GL” było przedstawianie najnowszych osiągnięć w naukach medycznych. Robiono

to w różnych formach. Co roku informujemy o laureacie Nagrody Nobla w medycynie i szczegółach jego odkrycia. Rozmowy z prezesami lekarskich towarzystw naukowych pozwalają każdemu z nas dowiedzieć się o nowościach w interesującej nas specjalizacji.

Niektóre informacje straciły na znaczeniu. Tak jest z ogłoszeniami o konkursach na stanowiska ordynatorów. Ale nadal ważne są informacje o miejscach pracy dla lekarzy. Z „GL” można się też dowiedzieć o konferencjach naukowych oraz o jubileuszach związanych z uzyskaniem dyplomu. W ostatnich latach „Gazeta” informuje o działaniach Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NRL, przede wszystkim o licznych kursach doskonalących.

Ważną, moim zdaniem, sferą w „GL” są informacje o pozaw zawodowych aktywnościach lekarzy, czyli działania w kulturze, sporcie i rekreacji. Wielu lekarzy jest utalentowanymi poetami, pisarzami, malarzami i fotografikami. Samorząd lekarski jest miejscem, w którym powinni znaleźć pomoc i wsparcie. I tak się dzieje. Podobnie jest ze sportowcami. Izby lekarskie organizują dziesiątki mistrzostw i turniejów. Wiadomo, że taka aktywność zmniejsza ryzyko wypalenia zawodowego.

Sytuacja dotycząca informowania lekarzy zmieniła się w 2014 r. Pod adresem gazetalekarska.pl zaczął działać portal internetowy, na którym można znaleźć archiwalne wersje pisma, a także bieżące informacje ze świata medycyny i wieści z działalności samorządu lekarskiego. ●

AKTUALNOŚCI

Podwyżki dla pielęgniarek: ile i od kiedy

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Resort zdrowia proponuje kompromis: rozłożoną na dwa lata podwyżkę współczynników w dwóch grupach. Rozpoczęłyby się ona 1 stycznia 2025 r.

Współczynnik 1,08 dla pielęgniarek ze średnim wykształceniem i 0,95 dla lekarzy stażystów? 1,15 dla pracowników z piątej grupy i 1,19 dla lekarzy bez specjalizacji, czyli grupy czwartej? Ministerstwo Zdrowia 11 kwietnia przedstawiło propozycje zmian w ustawie o ustalaniu minimalnego wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia, wychodzące naprzeciw postulatom zawartym w projekcie obywatelskim złożonym przez pielęgniarki. Propozycje, które nie tylko spłaszczają, ale wręcz wypaczają logikę wynagrodzeń.

Sejm od listopada pracuje – przynajmniej w teorii – nad projektem, pod którym Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych zebrał ok. 120 tys. podpisów. Prace nie były zbyt intensywne, a na początku kwietnia wydawało się wręcz, że projekt zostanie albo trwale zamrożony w komisjach sejmowych, albo wręcz odrzucony. Po wyborach samorządowych okazało się jednak, że resort zdrowia przygotował konstruktywną odpowiedź.

NIE MA PIENIĘDZY

Podczas posiedzenia specjalnej podkomisji wiceminister zdrowia Marek Kos poinformował, że nie ma mowy o rozpoczęciu spełniania postulatów pielęgniarek w tym roku, bo w budżecie państwa i w NFZ nie ma na ten cel pieniędzy. W tej chwili trwają wyliczenia, ile pieniędzy NFZ będzie musiał przekazać podmiotom leczniczym na realizację obecnych przepisów – na pewno w skali roku koszt podwyżek przekroczy 15-16 mld zł. Nawet ze znalezieniem tych pieniędzy, jak mówią eksperci, może być problem. Dodatkowe 8,8 mld zł – bo na tyle oszacowano postulaty pielęgniarek – są poza zasięgiem.

Resort proponuje więc kompromis: rozłożoną na dwa lata podwyżkę współczynników w dwóch grupach (piątej i szóstej). Rozpoczęłyby się ona 1 stycznia 2025 r., współczynniki wzrosłyby odpowiednio do 1,1 i 1,02 (w tej chwili: 1,02 i 0,94). 1 stycznia nastąpiłaby kolejna korekta współczynnika: do 1,15 w piątej i 1,08 w szóstej grupie. Pracownicy zaliczani do tych dwóch grup, których największą część stanowią właśnie pielęgniarki i położne, otrzymaliby podwyżki dwukrotnie w ciągu roku. W styczniu odnosiłyby się one do „starej” kwoty bazowej (1 stycznia 2025 r. byłaby to kwota bazowa obowiązująca od 1 lipca 2024 r.), od lipca – wraz z innymi grupami – wynagrodzenia byłyby przeliczone według nowej kwoty bazowej. – W 2025 r. wynagrodzenia w ochronie zdrowia wzrosną zgodnie z założeniami Ministerstwa Finansów o ponad 9 proc., a w kolejnym roku o ponad 7 proc. – uspokajał Kos.

ZDEMOLOWANA SIATKA WYNAGRODZEŃ

To oczywiście dobra wiadomość, zwłaszcza że wysoka inflacja już nie straszy, więc jest szansa – również w tym roku – na wyraźny, realny wzrost płac (zamiast ich prostej waloryzacji). Jednak gorsza jest taka, że propozycje ministerstwa praktycznie demolują siatkę wynagrodzeń od grupy drugiej do szóstej. To, jak mówił Kos, działanie celowe o tyle, że ministerstwo dostrzegło realny problem rozwarstwienia wynagrodzeń pielęgniarek z tytułem

magistra i specjalizacją (zaliczanych do grupy drugiej) oraz pozostałych – różnice w zarobkach sięgnęły już 3 tys. zł. Decyzja resortu idzie w kierunku zmniejszenia tych różnic. Ale ponieważ współczynniki w grupie czwartej (stażyści) i trzeciej (lekarze bez specjalizacji) mają pozostać bez zmian, ma dojść do trudnego do zaakceptowania przez lekarzy, na co zwracał uwagę podczas dyskusji dr Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, spłaszczenia wynagrodzeń między lekarzami a pielęgniarkami. Przykładem tego jest wyższy współczynnik dla grupy pielęgniarek niż lekarzy stażystów. W kuluarach można usłyszeć argumenty, że lekarz stażysta taką pensję otrzymuje tylko przez rok, natomiast dla pielęgniarek z grupy szóstej, której zdecydowaną większość stanowią najstarsze pielęgniarki, po liceach medycznych, już często będące w wieku emerytalnym, to wynagrodzenie maksymalne.

Ministerstwo Zdrowia bagatelizuje również problem niemal zrównania wynagrodzenia minimalnego lekarzy bez specjalizacji (trzecia grupa) z pracownikami grupy piątej. Zdaniem Marka Kosa rezydenci, którzy stanowią większość lekarzy bez specjalizacji, i tak mają wynagrodzenia ustalone odrębnie, na korzystniejszych zasadach, i niejednokrotnie zarabiają niemal tyle, ile lekarze specjaliści. ●

Autorka jest dziennikarką portalu Medycyna Praktyczna i miesięcznika „Służba Zdrowia”

AKTUALNOŚCI

Rząd wdraża plan B

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Aborcja, pigułka „dzień po”, edukacja zdrowotna w szkołach od września 2025 r., regulacje dotyczące znieczuleń okołoporodowych – to już nie tylko wrazenie, ale wyraźne przyspieszenie w obszarze, który od początku kadencji wydaje się oczkiem w głowie rządu Donalda Tuska. I choć nie dotyczy systemu ochrony zdrowia, ma z nim wiele punktów wspólnych.

Tuż przed Wielkanocą prezydent Andrzej Duda ogłosił decyzję o zawetowaniu nowelizacji Prawa farmaceutycznego, która umożliwiała dostęp kobietom od 15. roku życia do tzw. antykoncepcji awaryjnej bez recepty. Prezydent i jego współpracownicy tłumaczyli, że weta by nie było, gdyby parlament podwyższył granicę dostępności tego środka bez recepty do 18 lat. Niepełnoletnie osoby, choć mogą legalnie uprawiać seks, zdaniem prezydenta nie mogą mieć swobodnego dostępu do „bomb hormonalnej”.

OBIEKNICA OD 1 MAJA

Weto trudno uznać za niespodziankę. Było przesądzone, a przedstawiciele rządu zapowiadali konsekwentnie, że mają plan B. Jaki? Minister zdrowia przygotowała projekt rozporządzenia. Zgodnie z nim prawo do wystawiania recept na pigułkę „dzień po”, która zgodnie z ustawą miała być dostępna bez recepty, zyskają farmaceuci. Jednak by samo wystawienie recepty było dla zainteresowanych bezpłatne, MZ i NFZ uruchomią program pilotażowy – i za „usługę farmaceutyczną”, polegającą na przeprowadzeniu wywiadu oraz wystawieniu recepty i wydaniu leku, Fundusz zapłaci 50 zł. Pojęcie „usługa farmaceutyczna”, która będzie – jak planuje Ministerstwo Zdrowia – zawierać również elementy edukacji na temat zdrowia seksualnego oraz antykoncepcji, ma pozwolić obejść przepisy ustawy o świadczeniach zdrowotnych i ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z nimi osoby niepełnoletnie mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych tylko w obecności lub przynajmniej za pisemną formalną zgodą rodzica lub opiekuna prawnego.

Farmaceuta, który miałby wykonać tę usługę, uprzednio musi – w myśl projektu rozporządzenia – zweryfikować prawo zgłaszającej się kobiety do korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Naczelna Izba Aptekarska nie ma żadnych wątpliwości: wystawianie recept, poprzedzone wywiadem, dla osoby niepełnoletniej może się odbywać tylko za wiedzą i zgodą opiekuna prawnego, optymalnie w jego obecności. Jej prezes Marek Tomków mówi o stałym kontakcie z ministerstwem i dobrych rozmowach z minister Izabelą Leszczyną. Ta zaś w tym samym czasie prowadzi na ten sam temat rozmowy z położnymi, które również mają zyskać prawo do wystawiania recept na pigułki „dzień po”. Aby oddać sprawiedliwość, prawo to będą mieć (nadal) również lekarze.

Czy rządowi uda się spełnić obietnicę i 1 maja antykoncepcja awaryjna stanie się dla kobiet dostępna bez recept lekarskich? Powodzenie programu pilotażowego jest uzależnione od tego, ile podmiotów prowadzących apteki do niego przystąpi. Można się spodziewać, że jeśli resort nie odstąpi od koncepcji „usługi farmaceutycznej” dostępnej dla niepełnoletnich na identycznych zasadach jak dla dorosłych, zainteresowanie ze strony wykonawców nie będzie znaczące.

NIC SIĘ NIE ZMIENIA?

Na razie trudno też zakładać sukces (mierzony skalą dotrzymania obietnicy) na polu legalizacji aborcji czy

też nawet poluzowania przepisów dziś obowiązujących. 12 kwietnia, po burzliwej, kilkugodzinnej i w ogromnym stopniu pozbawionej merytoryki dyskusji, Sejm zdecydował, że wszystkie cztery projekty dotyczące przepisów antyaborcyjnych (dwa projekty Lewicy i jeden Koalicji Obywatelskiej) oraz projekt Trzeciej Drogi przywracający stan prawny sprzed werdyktu Trybunału Konstytucyjnego Julii Przyłębskiej z października 2020 r. – trafią do komisji nadzwyczajnej. Uzyskanie poparcia dla tej decyzji koalicja rządząca może uznać za mały sukces. Losy trzech pierwszych projektów zakładających albo wprost legalizację aborcji do 12. tygodnia ciąży lub dekryminalizację i depenalizację aborcji (nie tylko kobieta, ale również personel medyczny czy inne osoby pomagające w aborcji nie podlegałyby ściganiu i karaniu) dosłownie do ostatniej chwili wisiały na włosku. Głosowanie pokazało dramatyczne pęknięcie w tej sprawie w klubie TD PSL: ośmioro posłów głosowało za odrzuceniem projektów, piętnaścioro wstrzymało się od głosu. W samej komisji, która liczy 27 posłów (przede wszystkim posłanek), można spodziewać się absolutnej równowagi sił między zwolennikami i przeciwnikami zmian w prawie. Zapewne przełoży się to nie tylko na kierunek (widać, że żadne radykalne rozwiązanie nie zyska większości), ale i tempo prac.

To jednak nie oznacza, że w sprawach związanych z aborcją nic się nie zmienia. Na finiszu są prace nad

EDUKACJA ZDROWOTNA

Nie minął miesiąc od posiedzenia sejmowej Podkomisji stałej ds. onkologii, podczas którego przedstawicielki Ministerstwa Edukacji Narodowej zapowiadały, że elementy edukacji zdrowotnej zostaną dołączone do podstawy programowej wychowania do życia w rodzinie od roku szkolnego 2025/2026, dając dość jasno do zrozumienia, że nie ma mowy o odrębnym przedmiocie. Spotkało się to z uzasadnioną, gwałtowną reakcją dr. Janusza Medera, który wprost zaapelował, by rząd natychmiast, od najbliższego roku szkolnego, wprowadził do szkół przedmiot poświęcony zdrowiu. Ministrowie edukacji, zdrowia i sportu wspólnie ogłosili, że nowy przedmiot będzie. Warto zauważyć, że data się nie zmieniła: wrzesień 2025.

Skąd ten przełom i nawet pewna determinacja widoczna u ministrów? Wyniki wyborów samorządowych nie okazały się tak dobre, jak zakładali liderzy koalicji 15 X. Premier, jak wynikało z kulturalowych doniesień, gdy okazało się, że różnica między PiS a KO wcale nie jest minimalna, ale wynosi blisko 4 punkty procentowe, zaczął szukać odpowiedzialnych. I znalazł długą listę – ministrów, którzy do tej pory, przez już ponad sto dni, nie dowiedzieli różnicy. A w zasadzie od końca stycznia. Od apelu Bartłomieja Chmielowca w sprawie pilnego wprowadzenia do szkół przedmiotu poświęconego zdrowiu wiele razy wracały porównania z poprzednimi rządami, które wiele obiecywały w tej sprawie, ale bez przełomu i bez jednoznacznego rozstrzygnięcia.



fot.: Shutterstock.com

rozporządzeniem ministra zdrowia dotyczącym ogólnych warunków umów, jakie NFZ podpisuje ze szpitalami. W myśl nowych przepisów każdy szpital mający kontrakt na oddział ginekologiczno-położniczy będzie musiał gwarantować wykonywanie zabiegów terminacji ciąży – oczywiście w przypadkach, gdy jest to zgodne z obowiązującymi przepisami.

Odesłanie pacjentki posiadającej (na przykład) zaświadczenie od psychiatry, że ciąża zagraża jej zdrowiu psychicznemu, pociągnie za sobą kontrolę NFZ (a zapewne i Rzecznika Praw Pacjenta). Może też skutkować albo karą finansowymi, albo – jeśli skala będzie większa – utratą kontraktu. Bardzo ostro w tej sprawie zareagowały organizacje zrzeszające organy właścicielskie szpitali, czyli Związek Powiatów Polskich i Związek Miast Polskich. W ich ocenie resort zdrowia przerzuca odpowiedzialność na szpitale i samorządy, bo nie chce (nie potrafi) doprecyzować przepisów dotyczących klauzuli sumienia. – Nie obchodzi mnie, jaki lekarz to zrobi. Dyrektor szpitala może zawrzeć umowę z lekarzem spoza placówki – komentowała w mediach minister zdrowia Izabela Leszczyna, odpierając zarzuty, że szpitale będą musiały zatrudniać lekarzy, którzy wykonują aborcje, co znów zwiększy ich obciążenia finansowe.

ZMIANA PODEJŚCIA

Ale nie tylko szpitale muszą się liczyć z konsekwencjami ewentualnych odmów. Sygnały z rządu idą w tym

kierunku, że w przypadku każdej odmowy wykonania zabiegu aborcji, gdy zgodnie ze stanem prawnym mogła ona zostać legalnie wykonana, prokuratura będzie sprawdzać, w jakich okolicznościach i dlaczego konkretny lekarz zdecydował się na odmowę. Ministerstwo przypomina, że gdy w grę wchodzi przesłanka o zagrożeniu życia i zdrowia, lekarz nie może korzystać z klauzuli sumienia. Zmiana podejścia już niesie zresztą konkretne skutki. Pod koniec lutego resort ogłosił, że lekarze, którzy odmawiali wykonywania aborcji w przypadkach, gdy prawo ją dopuszczało, nie mogą liczyć na stanowiska konsultantów krajowych i wojewódzkich.

Nie wiadomo, jak zakończy się natomiast spór – czy impas – w pracach nad jednolitymi wytycznymi dla lekarzy i szpitali w sprawie aborcji. Ministerstwo Zdrowia przyjęło postawę wyczekującą, patrząc, czy towarzystwa naukowe (Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników oraz Polskie Towarzystwo Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego) zdołają się w tej sprawie porozumieć. Jako pierwsze swoje rekomendacje przedstawiło starsze z towarzystw. Do tych rekomendacji odwoływała się pod koniec stycznia minister zdrowia, zapowiadając jednak, że czeka na „zgodne ze standardami WHO” rekomendacje drugiego towarzystwa. W tej chwili oba dokumenty są już na stole.

Autorka jest dziennikarką portalu Medycyna Praktyczna i miesięcznika „Służba Zdrowia”

Wyróżnienie dla redaktora

fot.: Marta Jakubiak/zdrowie-polakow.pl



W czasie gali w Senacie Rzeczypospolitej Polskiej Mariusz Tomczak z „Gazety Lekarskiej” odebrał, wyróżnienie w konkursie „Perspektywy Medycyny” w kategorii „Promocja zdrowia w mediach”.

„Za rzetelność dziennikarską i wnikliwe analizy problemów systemu ochrony zdrowia w Polsce, śledzenie zmian legislacyjnych i przybliżanie ich wpływu na warunki wykonywania pracy medyków oraz sytuację pacjentów, za dostrzeganie tego, co ważne, a nie zawsze zauważane, za trzymanie ręki na pulsie” – czytamy w uzasadnieniu kapituły.

Wręczenie nagród odbyło się w poniedziałek 25 marca 2024 r. w Senacie. Poprzedziła ją konferencja „One Health – Jedno Zdrowie”, w czasie której zaprezentowano rekomendacje ekspertów. Wydarzenie było współorganizowane przez senacką Komisję Zdrowia oraz Radę Programową Kongresu „Zdrowie Polaków”.

Spotkanie swoją obecnością uświetniła marszałek Senatu Małgorzata Kidawa-Błońska oraz przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia Beata Małecka-Libera, która wraz z przewodniczącym Rady Programowej Kongresu „Zdrowie Polaków” prof. Henrykiem Skarżyńskim i rektorem Szkoły Głównej Handlowej prof. Piotrem Wachowiakiem wręczyła laureatom pamiątkowe dyplomy.

Celem konkursu „Perspektywy Medycyny” jest promowanie ekspertów, liderów i zespołów, które przyczyniają się do podnoszenia poziomu polskiej medycyny, wspierania pozytywnych zmian w ochronie zdrowia w Polsce, poprawiających jakość opieki medycznej oraz popularyzacji postaw prozdrowotnych. ●

NIL NA SZYBKO

Wspaniały mamy porządek prawny

Recepta na antykoncepcję awaryjną: jeśli wypisze ją farmaceuta – to legalne, jeśli lekarz – to kryminał. Tak to wymyśliło Ministerstwo Zdrowia. Nielogiczne? Nie szkodzi.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Rzecznik praw obywatelskich w odpowiedzi na zapytanie NIL uświadomił nas, że stan prawny dotyczący wskazań do legalnej aborcji jest niepewny – usunięcie przesłanki embriopatologicznej przez wyrok Trybunału Konstytucyjnego jest wadliwy prawnie. Państwo polskie nie naprawiło jednak tego, mimo wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, do dnia, w którym oddają felieton do druku. Bezpieczniej jest stosować prawo po wyroku TK, ale i zastosowanie przepisów sprzed jest realne do obrony w sądzie.

Następnie udało się wreszcie ustalić stan prawny dotyczący wystawiania recept pro auctore i pro familiae, przez lekarzy na zasiłku ZLA. ZUS po kilku miesiącach namysłu odparł: wolno, ale zostawiamy sobie prawo do kontroli, jeśli ktoś będzie tego prawa nadużywał niezgodnie z ustawą (czyli wypisywał recepty osobom spoza ustawowej listy). Jeśli ktoś ma na tym polu spór z ZUS – prosimy zgłosić się do NIL po pomoc.

Działa skrzynka mailowa naruszenia@nil.org.pl. Można na nią

wysłać wszystkie naruszenia, którymi powinien zająć się samorząd. Zarówno te po stronie lekarzy, jak i polityków, wpisów w sieci, w social mediach i inne. Narzędzie to pozwoli nam skutecznie reagować zarówno w wypadku nieuzasadnionych ataków na środowisko, jak i w sytuacji, kiedy działania danego lekarza szkodzą wszystkim. Czym się to różni od zawiadomienia do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej? Tu można je złożyć anonimowo, zostanie zweryfikowane przez powołany do tego zespół lekarzy i prawników.

Jeśli lekarz wypisze receptę na antykoncepcję awaryjną, to jest to świadczanie. Jeśli zrobi to farmaceuta – nie jest. Jeśli dziecku bez zgody rodzica lekarz wystawi receptę – to jest to kryminał. Jeśli farmaceuta – jest to legalne. Przynajmniej tak to wymyśliło Ministerstwo Zdrowia. Proponowane przepisy są tak nielogiczne, że przeciw są wszystkie samorządy medyczne na czele z farmaceutami. Wspaniały mamy ten porządek prawny, niebawem chyba otworzą rezydentury z prawa medycznego. ●

JUBILEUSZ – TRZY POMYSŁY NA WYJĄTKOWY WYJAZD

Wietnam: sentymentalna podróż w czasie

JOANNA BON

Chcesz się poczuć jak w starym filmie? W kolonialnym, nieoczywistym i przywołującym odległe wspomnienia otoczeniu? Jedź do Hoi An i Hanoi. Takiego klimatu jak tam nie znajdziesz nigdzie.

Kto pamięta „Kochanka” Jeana-Jacques’a Annaud, wie, o czym piszę. Nie chodzi o łóżko w zacienionym pokoju i dwójkę bohaterów, lecz o Indochiny z 1929 r. i dobiegający zza okna gwar ulicy. Zostawmy zatem kochanków skupionych na swojej namiętności i wyjdźmy na ulicę... Choć może jeszcze podejrzmy kolejny film – „Indochiny” Régisa Wargniera – nagrodzony Oscarem i Złotym Globem z Catherine Deneuve. Południowo-wschodnia Azja... Indochiny są tu niemal mistyczne. Kraina mlekiem i miodem płynąca i ta wszechobecna nostalgia za tym, co minione...

CZAS ZATRZYMAŁ SIĘ W MIEJSCU

Hoi An ze swoją starą częścią miasta i kolonialną architekturą, knajpkami, rzeką i łódkami przewożącymi turystów w scenerii wypełnionej tysiącem lampionów. Czegoż chcieć więcej? Przejazdki rowerowe po okolicy przywołujące dawne czasy, pola ryżowe, groble wody, klimatyczne uliczki miasta i urokliwe zaułki. Mamy wrażenie, że cofnęliśmy się o całe wieki. Tu czas naprawdę zatrzymał się w miejscu. Możemy czuć się jak bohaterowie dawnych filmów.

Obowiązkowy punkt to przejazdka łodzią ozdobioną lampionami. Jesteśmy my, odrobina światła i nabrzeże, które równie dobrze mogło tak samo wyglądać przed stu laty. Potem wizyta na nocnym targu, bo w Hoi An (zresztą nie tylko tu) życie zaczyna się po zmroku. Koniecznie, tak nakazuje tradycja, trzeba zapalony lampion puścić na rzekę i wypowiedzieć życzenie. Na pewno się spełni! I nawet jeśli nie mamy zbyt wielu marzeń i nie zamierzamy zapewniać ich realizacji w taki właśnie sposób, wieczorny spacer nad rzeką będzie niezapomniany.

A rano, po śniadaniu, ruszamy rowerem. Najlepiej na nabrzeże, gdzie są piękne plaże. Po drodze tarasy ryżowe i palmy. A na miejscu ciepła, przejrzysta woda,

zachęcająca do kąpieli, i plaża – jedna z najlepszych w kraju. Uwaga na fale! Zabierają nieuważnym turystom okulary.

Wieczorem, po powrocie do miasta, ostatnia przymiarka w jednym z zakładów krawieckich, a jest ich tu pełno. Garnitur à la James Bond z ostatniego filmu? Nie ma problemu! W jakim kolorze? Z jakiego materiału? Do tego jedwabna koszula? Proszę bardzo. W dwa dni. Dla odważniejszych do wyboru są oryginalne lokalne wzory. I jesteśmy gotowi, by ruszyć na kolację do jednego ze starych domów z żółtymi ścianami. Do wyboru mnóstwo lokalnych specjałów, w tym klasyczne receptury w nowoczesnej odsłonie. Zmysły smaku i wzroku będą zaspokojone.

Pomyśleć, że mogliśmy to stracić. Niewiele brakowało. W latach 90. pojawił się pomysł, by wyburzyć zabytkową część miasta i zastąpić nowymi budynkami (takich zresztą powstaje w okolicy coraz więcej). Zaprotestował przeciwko temu polski konserwator Kazimierz Kwiatkowski, który pracował przy renowacji świątyni w okolicy. To dzięki jego staraniom Hoi An wpisano na listę UNESCO i nadal możemy podziwiać jego niezaprzeczalny urok.

W MORZU SKUTERÓW

Chaos. To pierwsze, co przychodzi do głowy po wyjściu na ulicę w Hanoi. Wszędzie tłum ludzi. Ruch. Energia. Hanoi nie jest dla tych, którzy szukają spokoju. Tu ciągle się coś dzieje. Zanosi się, że będzie dużo emocji. Pierwsze już w taksówce z lotniska. Milion motocykli i skuterów w niekończącym się strumieniu. Nie ma żadnych zasad ruchu. Zaraz się zderzymy. Zamykam oczy i krzyczę.

Kierowca się śmieje. Wiem już, że czeka mnie wielka przygoda.

Miasto nie jest piękne w tradycyjnym znaczeniu tego słowa, ale ma swój wyjątkowy i niepowtarzalny klimat. Nieważne, czy jesteś miłośnikiem kultury, czy jedzenia, Hanoi ma coś do zaoterowania każdemu. Wystarczy wyjść na ulicę. To tu od rana do wieczora toczy się życie. Na ulicy się rozmawia, spotyka znajomych, przygotowuje i zjada posiłki. Ciągły hałas, kolory, gwar rozmów, trąbienie. Gdziekolwiek spojrzeć, pełno Wietnamczyków z całymi rodzinami. Kupują dosłownie wszystko. Jest głośno, duszno i ciekawie. To raj dla miłośników jedzenia. Zupa pho, sajonki, Cao Lau (mięso wieprzowe, ogrom zieleni i makaron sojowy), banh mi (bułka z dodatkami). Street food. Im więcej lokalnej społeczności i im bardziej tłoczno, tym lepsza rekomendacja – wiadomo, że dobrze zjemy. I choć wiele razy przyjdzie nam do głowy, patrząc, jak posiłki są przygotowywane, że za chwilę się rozchorujemy, nic takiego się nie zdarza (pałeczki zawsze są jednorazowe). Do tego wszyscy siedzą w małych knajpkach, przy małych stolikach i na małych krzesłach! Ale to jest to! Długo tego nie zapomnicie.

I znów kolejny „street”. Tym razem Train Street. Choć to bardzo turystyczne miejsce, jest ciekawe. Wąska uliczka, po obu stronach budynki mieszkalne, a po środku przejeżdżające pociągi. Do tego po bokach bary i restauracje, i mnóstwo turystów, którzy – jak my – chcą zrobić to jedno jedyne zdjęcie. Wszystko w starodawnym klimacie. Sceneria jak z dawnego filmu, tylko w XXI wieku. Na koniec teatr lalek na wodzie. Tradycja mająca ponad tysiąc lat. I do zobaczenia tylko tu. ●



◀ Ulica w Hanoi: małe knajpki z małymi stolikami i małymi krzesłami

foto: Shutterstock.com



▲ Train Street – kto zrobi idealne zdjęcie

foto: Shutterstock.com

▶ Hoi An i jedna z uliczek ozdobiona lampionami



foto: Shutterstock.com

JUBILEUSZ – TRZY POMYSŁY NA WYJĄTKOWY WYJAZD

Brazylia: samba i piranie

JOANNA BON

Najbardziej taneczne widowiska można zobaczyć w okresie karnawału w Rio de Janeiro. Ale ludzi tańczących na ulicach – i to jak! – nie brakuje przez cały rok. Nie tylko w stolicy, ale również w najpiękniejszym mieście kraju: Salvadorze de Bahia. Gdy nacieszymy wzrok i zmęczymy ruchem nogi, spróbujmy przetrwać w dzungli. Łatwo nie będzie.

Rio de Janeiro – tego miasta nikomu nie trzeba przedstawiać. Jednym się kojarzy z karnawałem i sambą, innym z Jamesem Bondem. To tu, na Górze Cukru, rozegrała się jedna z bardziej pamiętnych scen „Moonrakera” – pojedynk w kolejce linowej między Bondem a Bużką, gigantem z tytanową szczęką.

Sama kolejka powstała w 1912 r. jako trzecia na świecie. Ciekawa jest też historia jej nazwy. Zamieszkujący te tereny mieszkańcy Tupi mówili na górę pau-nh-acu-gua, co w dokładnym tłumaczeniu oznacza szpiczastą górę. Z kolei przybywający w XVI wieku do Rio de Janeiro Portugalczycy rozumieli te słowa jako Paõ de Açúcar, co oznacza bochen z cukru. Historycy twierdzą zaś, że Portugalczykom góra przypominała bryłę krystalizującego się cukru, co miało wpływ na jej nazwę. Tak czy inaczej, jest to ikona Rio de Janeiro i nieodłączny element krajobrazu tego miasta.

TANIEC, TANIE, TANIEC...

Karnawał w Rio to jedna z najsłynniejszych imprez na świecie. O występie w tym czasie marzą liczni tancerze ze szkół samby. Kolorowy spektakl jest oglądany z trybun specjalnej areny (ja, niestety, widziałam ją pustą). A może ona pomieścić do 80 tys. osób. Sambodrom porusza się ulicami Rio w czasie festiwalu i jest najbardziej widowiskowym elementem.

Nie wszyscy jednak wiedzą, że karnawał w Rio nie zawsze tak wyglądał. Gdy do kraju przybyli Portugalczycy, uliczne zabawy były zupełnie inne. Ludzie oblewali się wodą, obrzucali błotem i jedzeniem, dochodziło do bójek. Dopiero w XIX w. zorganizowano pierwsze parady. Co ciekawe, na początku tańczono walca. W połowie XIX w. parady zaczęły uświetniać platformy ciągnięte przez konie. Musiało minąć trochę czasu, by samba stała się częścią karnawałowego święta.

Pulsujące rytmy zaczęły wybrzmiewać po zniesieniu niewolnictwa (w 1888 r.) głównie w slumsach otaczających Rio, a dziś sambę tańczy się dosłownie wszędzie. I nie tylko w czasie karnawału. Przez cały rok można natknąć się na ludzi tańczących na ulicach w rytm pulsującej muzyki – i jest to niezapomniany widok. Odważni mogą próbować się przyłączyć!

KOLEBKKA CAPOEIRY

Salvador de Bahia – kto nie był, niech żałuje, kto był, wie, że to najpiękniejsze miasto Brazylii. Sławę zawdzięcza Michaelowi Jacksonowi. To on nagrał tu brazylijską wersję jednego ze swoich najsłynniejszych teledysków poświęconych rasizmowi (They Don't Care About Us). Ale nie tylko jemu. Do dziś swój koloryt miasto zawdzięcza portugalskim kolonizatorom i afrykańskim niewolnikom.

Salvador był pierwszą stolicą Brazylii. To miejsce pełne zabytków. Mieszkańcy śmieją się, że w mieście jest tyle kościołów, że każdego dnia można iść do innego. Nie samą modlitwą żyją jednak Brazylijczycy. Salvador jest kolebką capoeiry. To połączenie tańca i sztuki walki stworzone przez niewolników. Pozwalało nie tylko zapomnieć o trudach codziennej niewoli, ale też manifestować odrębność kulturową. Capoeira wywodzi się z rytualnych tańców plemion afrykańskich, łącząc w sobie ich rytmy i cechy kulturowe charakterystyczne dla Indian południowoamerykańskich.

Tak jak w Rio, tak i tu odbywa się karnawał. Rozpoczyna się sześć dni przed Środą Popielcową, trwa sześć dni i nocy i bierze w nim udział ponad 1,5 mln osób! Całe miasto wychodzi

na ulicę i niezależnie od wieku poddaje się odgłosom bębnow i radosnym rytmom samby. I choć warto to zobaczyć, to nie tylko tańca potrzebuje turysta...

ZŁOWISZ, A POTEM ZJESZ

Gdy się wytańczymy i znudzimy oglądaniem zabytków, lećmy do Manaus. Jedną z lokalnych firm z pewnością zechce zabrać nas do dzungli. To my decydujemy, na jak długo. Co najmniej dwa noclegi pozwolą poczuć jej smak... A jest on niezapomniany. Drewniany domek bez okiem, tylko z siatką. Łazienka z naturalnymi grzybami. Skromne łóżko z moskitierą. A że zwykle zażywamy malarone, to i sny mamy barwne, przynajmniej niektórzy. Dźwięki, które usłyszymy w nocy, są niezapomniane. Wyobraźnia działa, więc każdy dopowie sobie coś innego. Pohukiwanie, cykady (?), mruczenie, brzęczenie, nie da się tego opisać... Spać nie będziecie, ale trzeba to przeżyć. Choć raz w życiu. Zresztą nie tylko to. Jeszcze ciekawsza będzie sama wyprawa do dzungli: gigantyczne mrówki, po ugryzieniu których czujemy się jak po postrzale (uwaga! atakują zniemacka), liczne tarantule, dla głodnych pożywna robaki, huśtawka na lianach, a na koniec – łowienie piranii na wędkę z patyka. Ile złowisz, tyle zjesz – mówił przewodnik i nie żartował. A że na piraniach mięsa nie ma, to nawet gdy złowisz dużo, będziesz głodny.

Siła przyrody jest niesamowita i dopiero gdy jesteśmy w zderzeniu z nią – możemy się o tym przekonać. Doświadczenie dla każdego! Jak mówią cariocas, czyli rodowici mieszkańcy Rio de Janeiro: „Przetrawsz karnawał, przeżyjesz wszystko inne”.



◀ Widok na Rio de Janeiro, w tle słynna Głowa Cukru

fot.: Shutterstock.com

▼ Salvador de Bahia – miasto będące symbolem niewolnictwa



▲ Tańce na sambodromie

▼ Złowione w dżungli piranie

fot.: Shutterstock.com



fot.: Shutterstock.com



fot.: Joanna Bon

JUBILEUSZ – TRZY POMYSŁY NA WYJĄTKOWY WYJAZD

Cinque Terre: dla romantyków i nie tylko

JOANNA BON

Riviera Liguryjska to bajkowe miejsce. Mieszanka plaż, zatok, malowniczych miasteczek i górskich ścieżek. Prawdziwa gratka dla miłośników włoskiego wybrzeża. Urzeknie każdego.

Pięć cudownych miejscowości, w których można się zakochać niemal od pierwszego wejrzenia: Monterosso al Mare, Vernazza, Corniglia, Manarola oraz Riomaggiore. To właśnie Cinque Terre. Każde miejsce wyjątkowe i jedyne w swoim rodzaju. Małe perełki z gąszczem wąskich uliczek, wciśnięte we wzgórze otoczone morzem, w których zawsze panuje tłok i gwar. Trudno znaleźć porę roku, by nie było tu turystów, choć wiadomo, że od wiosny do jesieni jest ich najwięcej. Nie zrażajmy się tym jednak. W końcu sami też jesteśmy turystami.

DROGA MIŁOŚCI

W małych miasteczkach jest coś uroczonego. Inna atmosfera, inne powietrze, urzekające krajobrazy. Chcesz zrobić wrażenie na ukochanej? Zabierz ją do Ligurii i pokaż pięć miasteczek. W każdym mały kościółek, z którego wylewa się włoskie wesele z panną młodą urody Moniki Bellucci, kolorowi weselnicy, śmiechy gości, długi tren sukni. Takich obrazków jest pełno. Gdy już oboje nacieszycie wzrok, czas na wyprawę. Turyści długo na to czekali. Via dell'Amore, czyli włoska Droga Miłości, została ponownie otwarta dla zwiedzających w ramach testów w 2023 r. Początkowo na określony czas i tylko jej część. W połowie 2024 r. ma zostać otwarta w całości. Prowadzi z Manaroli do Riomaggiore. Niektórzy twierdzą, że to dwa najpiękniejsze miasteczka tego regionu. Sama ścieżka uważana jest za jedną z najbardziej romantycznych na świecie. Biegnie wzgórzami przy stromej skalnej ścianie wśród winnic. Będzie wiele okazji do podziwiania widoków zapierających dech w piersiach, a może i oświadczyń. Żadna kobieta nie odmówi w takiej scenarii... wsciecznieniu nie będzie końca.

W MORZU KOLORÓW

Czerwony, żółty, pomarańczowy, zielony, błękitny... pastelowe kolory zabudowy

zachwycają każdego. Domy malowano na żywe kolory, by rybacy powracający z połowu mogli rozpoznać swój dom. Dlatego żaden z sąsiadujących ze sobą nie ma takiej samej barwy.

Część z zawieszonych na skałach miasteczek wygląda, jakby za chwilę miała spłynąć i zniknąć w głębinie fal. Inne zaś, jak Monterosso al Mare, nie może się zdecydować: trzymać się bliżej morza czy skał? Takich dylematów nie ma Corniglia, bo nie ma kontaktu z wodą. We wszystkich zaś miasteczkach znajdziemy płataninę wąskich uliczek, liczne schody, wejścia pod górkę i z górki, urokliwe place, maleńkie sklepiki i kawiarenki i mnóstwo restauracji, z których rozchodzą się zapachy – od nich natychmiast staniecie się głodni. A jedzenie w Ligurii jest przepyszne: tagliatelle, carbonara, pizza, prosciutto, owoce morza, ryby, anchois, focaccia z pesto... długo by wymieniać. Potem kieliszek sciacchetra – białego i słodkiego wina dostępnego tylko tutaj. Od słońca i wina niejednej osobie zakręci się w głowie. Na koniec koniecznie lody – najlepiej cytrynowe, serwowane podczas Lemon Festival w Monterosso. Żółte kule cytryn stopią serca lód – jak pisał Eugenio Montale. Do tego likier limoncino. A potem dalej na zwiedzanie.

OD STACJI DO STACJI

Po Cinque Terre najlepiej poruszać się pociągiem. Zatrzymuje się w każdym z pięciu miasteczek. Nie ma w nim nic romantycznego, jest tłoczno i gorąco, ale pozwala szybko się przemieszczać. I nie trzeba martwić się o samochód (każdy skrawek ziemi jest tu na wagę złota, o miejsca na parkingach trudno, do tego

zlokalizowane są poza miastem). Kto chce patrzeć na miasteczka z perspektywy wody (zdjęcia na pewno będą ładne), powinien popłynąć łodzią. Nie da się nią jednak dotrzeć do Cornigli. Nie popłyniemy też, gdy morze jest wzburzone (łódzie nie kursują).

Od którego miasteczka zacząć? Decydujemy sami: każde ma swój niepowtarzalny urok. W licznych folderach reklamowych kusi Manarola. Z jednej strony skały, z drugiej woda. Port, plaża i mewy. A w grudniu największa szopka bożonarodzeniowa na świecie.

Albo Vernazza. Skaliste klify opadające do lazurowego morza, wzgórze i zamek z przepięknym widokiem, silne morskie wiatry i skały na plaży, z których można skakać do wody. Mury obronne, wieża i piraci. To znak, że rozpoczęła się Festa dei Pirati. Władzę przejmują Saraceni, a na rynek wychodzą grupy perkusyjne.

A może Riomaggiore? Przejście z jednego końca miasta na drugi zajmuje kwadrans. Ale za to czujemy się jak w innym świecie. Romantyczne zaułki i kamienice z historią sięgającą kilku wieków wstecz, w których można mieszkać. Do tego kameralne plaże (to nic, że kamieniste). I port z błękitnymi łodziami rybackimi, w którym siedzą miejscowi mężczyźni, popijając wino. Nie będziecie chcieli wyjeżdżać.

Spragnieni opalania? Jedźcie do Monterosso al Mare. Ma długą i szeroką plażę, usianą skałami i setkami leżaków z kolorowymi parasolkami. Macie dosyć tłumów? Zajrzyjcie do kameralnej Cornigli. Z tarasu Santa Maria roztacza się wspaniały widok na Manarolę i morze. A wokół winnice i gaje oliwne. Do tego nie więcej niż 300 mieszkańców. ●



◀ Vernazza z jej skalistymi klifami i kolorowymi domami

foto.: Shutterstock.com



▲ Jedną ze ścieżek wzdłuż wybrzeża: morze, przyroda i my

foto.: Shutterstock.com

▶ Riomaggiore i błękitne łódki rybackie w porcie



foto.: Shutterstock.com

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

W cenie

Są takie choroby, które z upływem czasu zupełnie zmieniają swoje trajektorie, ewoluując od deformacji do obiektu pożądania. Piegi odbyły jedną z bardziej spektakularnych podróży. Podczas gdy praprababki starały się je usunąć, ich wnuczka płacą duże pieniądze za tatuowanie twarzy sztucznymi „pocalunkami słońca”.



Obraz: „Medycyna zewnętrzna: Piegi”, drzeworyt chiński, kolekcja Wellcome Trust, XVIII wiek

Piegi zarówno w tradycji Zachodu, jak i Wschodu uważane były przez wieki za element szpecący urodę, a nawet za chorobę, którą należało leczyć. Tak klasyfikuje je osiemnastowieczna chińska księga „Złote lustro medycyny: konieczna wiedza i sekrety medycyny zewnętrznej”, z której pochodzi omawiana ilustracja. Widniejąca na niej kobieta jedną dłonią dotyka głowy, być może w geście z troską. Powodów do zmartwień przysparzają jej zapewne piegi, szczerze rozlane po policzkach, nosie i czole. Nadzieję na poprawę kondycji skóry ma dawać zapewne kwiat, który trzyma w dłoni, prawdopodobnie roślina, z której napar czy maść miała wybielić twarz i nadać jej pożądany jednolity porcelanowy kolor.

Medycyna zachodnia oferowała znacznie bardziej inwazyjne zabiegi w celu pozbycia się niechcianej pigmentacji skóry. Reklamy niezliczonych wybielających kremów obiecujące natychmiastowe efekty zapełniały strony amerykańskich gazet

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



w latach 20. XX wieku. Bombardowały one potencjalne klientki historiami złamanego życia piegawatych nastolatek, nazywając piegi ohydny i irytujący znamionami, a nawet posuwając się do okrzyknięcia ich deformacją. Jako lekarstwo proponowano również wysoko kwasowe peelingi. Zniszczenia, które mogły powodować na skórze, jeśli były używane w nadmiarze, nie były w stanie odstraszyć napiętnowanych piegusek, które odstawały okładki z ogórka i soku z cytryny i poddawały

się często trującym kuracjom, byleby tylko pozbyć się niechcianej „choroby”.

Aż tu nagle, gdzieś koło lat 60. ubiegłego stulecia, piegi zaczęły być w cenie jako atrybuty młodości czy beztroskiego czasu spędzonego w słonecznych destynacjach. Gdyby chińską księgę medycyny pisano współcześnie, piegi nie znalazłyby w niej miejsca wśród chorób, które należy zwalczać. Zamiast recepty XXI-wieczna pieguska dostałaby angaż na okładkę „Vogue”. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 4/2024

Szczegóły różniące obrazy:

- Zmiana tła środkowego obrazu na magentę.**
Warhol był niezwykle wrażliwym kolorystą. Magenta, której użył w portretach Marilyn Monroe, byłaby zbyt ostra do przydymionej nieco palety, którą zaaplikował w autoportrecie z 1966 r.
- Dodanie kilku stojących pasm włosów do każdej z głów.**
Warhol słynął z ekscentrycznych fryzur i noszenia peruki. Na portrecie z 1966 r. zdaje się jednak pokazywać swoje własne włosy.
- Zmiana koloru włosów na trzecim wizerunku w pierwszym rzędzie na fluorescencyjny zielone.**
Oryginalny ugięty zastosowany do koloru włosów w tej wersji twarzy Warhola sprawił, że zlała się ona z tłem: artysta zdołał się tu niemalże schować.
- Dodanie pasma z fakturą przypominającą farbę pozostawioną po przeciągnięciu pędzla na zielonym policzku artysty na ostatnim wizerunku (trzecia twarz w dolnym rzędzie, licząc od lewej strony).**
Warhol stosował w wielu swoich obrazach technikę sitodruku, eliminując zupełnie faktury powstałe poprzez tradycyjne użycie farb i pędzli.



Obraz: Andy Warhol, „Autoportret”, 1966. Muzeum Sztuki Nowoczesnej (MoMA), Nowy Jork

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 16 maja 2024 r. W temacie maila należy wpisać GL04 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 03/2024

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Małgorzata Kusztal z Mirkowa. Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Katarzyna Paczyńska (Działoszyn), Dominika Stefaniec (Lublin), Karolina Dębowska (Katowice)

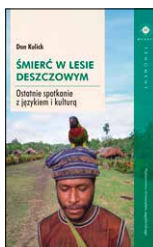
Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

★★★★
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, ufundowało Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego:

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 przeniesienia danych; 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

EPIKRYZA (137)

Odyseja. Nazywam się Nikt

Homerycka „Historia dla Hollywoodu”, zbudowana z reportaży Hanny Krall i reżyserskiej wrażliwości Krzysztofa Warlikowskiego, od ponad dwóch lat zaprasza do Teatru Nowego w Warszawie. W mitycznym poszukiwaniu drogi do Itaki ludzkość niezmiennie napotyka przeszkody, które utrudniają osiągnięcie celu podróży. Co gorsza, dopłynięcie do wyśnionego łądu po stokroć nie kończy się happy endem.

Czterdzieści lat walki o odrodzenie samorządu lekarskiego i 35 rocznicowych prób odnalezienia akceptowanego przez wszystkich epilogu to nasza „Iliada” i „Odyseja” w jednym. Dwa tomy greckiego eposu czytane w kontekstach współczesności są jak mit, za którym ślepo gonimy i z którego wciąż próbujemy uciec. Równolegle.

Warlikowskiego oczywiście trzeba lubić. W innym wypadku trudno byłoby wysiedzieć kilka godzin podczas przedstawienia granego w dawnej zajezdni tramwajowej. Warlikowskiego otacza zespół aktorów doskonałych. Wśród nich są: Maja Ostaszewska i Magdalena Cielecka, Ewa Dałkowska i Małgorzata Hajewska-Krzysztofik, Andrzej Chyra i Mariusz Bonaszewski. Warlikowski zawsze porusza, nawet jeśli autorskie dzieło jest przegadane albo niedopowiedziane w finale, rozmynie w szczegółach i zapatrzone w zbliżenia z wszędobyłskich kamer.

Samorząd lekarski trzeba polubić. W innym wypadku trudno zrozumieć choćby część zadań, którymi się zajmuje lub nie zajmuje. Iżba to zespół ludzi, w wielu wypadkach niedoskonały, zabiegany, rozdarty różnorodnością zainteresowań, poglądów i zawodowych obowiązków. Ustawa z maja 1989 r. przywracająca samostanowienie lekarzy i lekarzy dentyków budziła emocje niewyobrażalne w dzisiejszym rozumieniu. Zbliżenie do nich jest powrotną podróżą do Troi: czekaniem na sprzyjający wiatr zmian, wojną o głosy stronnictw, achillesowymi piętami paragrafów, fortelami Odysa i... Zamiast trzech kropek napisałem najpierw... zwycięstwem. I skreśliłem.

W czasie długiej wędrówki do domu Ulisesz stracił wszystkich swoich towarzyszy, z którymi wyruszył dwie dekady wcześniej pod wodzą Agamemnona, by odbić z ramion Parysa piękną Helene.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



Nie ocalał nikt, poza samym królem Itaki, który uciekając z pieczary Polifema, obrał imię... NIKT. A potem zapomniano imiona żołnierzy, którzy walczyli i ginęli za sprawę. Zapomniano o bohaterstwie codzienności i pracy pod żaglami w czasie sztormu. Na koniec, gdy Polifem przekonał się, że Odys uciekł przypięty do baranich brzuchów, zwołał ziomków, olbrzymich jak on cyklopów, i prosił, żeby go pomścili. Gdy zapytali, kto mu oko wypalił. – Nikt! Nikt! – krzyczał Polifem...

Los Odysa jest metaforą. Dlatego każdy gra swoją rolę jak Nikt. Jak nikt inny wybiera swoją drogę.

W maju 1989 r. (pisałem o tym już wiele razy) przygotowywałem się do egzaminu na wydział lekarski w Łodzi. Symbolicznie zatem wracam do Łodzi, skąd wyruszyłem dalej. Kto tam jeszcze mógłby mnie rozpoznać? Pies? Telemach – syn, który ma już własne plany? Cóż znaczy Troja, stary ojciec? Było. Mięło. Nie wygłupiajcie się z tymi swoimi historiami. Co ta wasza wojna była warta? Młodość i scheda zawsze stają ponad wszystkim, a kombatanci, o ile żyją jeszcze, powinni wykonać rozkaz: odmaszerować. I tylko Penelopa wciąż czeka jak poślubiona przyrzeczeniem

lekarskim medycyna: wytęskniona, cierpliwa i wymagająca.

Streszczenie „Odysei” w układzie scen: Warlikowski, Krall i Homer, jest o tyle trudne, o ile nie na miejscu. Temat jest jedynie pretekstem do rozważań na większą skalę. Spektakl trzeba zobaczyć, aby z nowych translacji odwiecznych kodów ułożyć własną mitologię pogubionych ścieżek. Mit za mitem. Epizod za epizodem. Casus za casusem. Każdy znajdzie tam kawałki własnego losu i przeznaczeń napisanych przez bogów.

Czy w ogóle są możliwe powroty do źródeł? – pyta Maja Komorowska w programie teatralnym. – Czy próbujemy tylko, patrząc wstecz, odnaleźć sens przebytej drogi, jakieś prawdy zapomniane albo wskazówki, tłumaczące wybory? Zmierzyć się z tym, co nie do odwrócenia. W natężeniu wpatrujemy się w przeszłość, powtarzając jak modlitwę Miłoszowskie „gdziekolwiek wędrowałem, po jakich kontynentach, zawsze twarzą byłem zwrócony do Rzeki”. Nasze Itaki, nasze Źródła, nasze Rzeki – szukanie odpowiedzi, szukanie ładu i sensu.

Nikt lepiej za nas tego nie zrobi. Bez skreśleń. ●

PO GODZINACH – PROZA

Witaj, mam na imię Depresja

(fragmenty)

MONIKA SZYMCZAKOWSKA



fot.: materiały prasowe

Laureatka XII edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. III miejsce w kategorii proza.

Zawodowo przez wiele lat była związana z Instytutem Psychiatrii i Neurologii, gdzie ukończyła specjalizację z psychiatrii. Między 2019 a 2021 r. pełniła tam też obowiązki kierownika Oddziału Leczenia Zespołów Abstynencyjnych. Od 2021 r. pozostaje w pracy ambulatoryjnej.

Prywatnie jest żoną (mąż Sebastian), mamą trojga dzieci (Zosi, Janka oraz Wojtka) oraz posiadaczką dwóch psów (Florentyny i Józefiny). W wolnym czasie miłośniczka czytania książek, fotografowania (laureatka I miejsca oraz wyróżnienia w II Konkursie Fotograficznym OIL w Warszawie); swoje pierwsze kroki stawia też w malarstwie.

Przygoda z pisaniem trwa już od czasów liceum, ale wówczas nie odważyła się wyjść poza obręb szuflady. Od kilku lat wróciła do pisania wierszy oraz opowiadań jako koła ratunkowego w codzienności. Od 2022 r. jest członkiem UPPL. Laureatka III miejsca ex aequo w XII Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Prozatorskim „Puls Słowa” w kategorii poezja.

Czwartek, gdzieś w grudniu Wyglądam zmarszczki prania, szybko przesuwając gorące żelazko. To umiem robić, nawet dość sprawnie. Prosta czynność, ale mam wtedy wrażenie chwilowej kontroli nad życiem. Z rosnącej dniami góry ubrań wyczarowuję idealnie złożone podkoszulki, bluzki i spodnie. Porządek i spokój.

Ale teraz coraz trudniej nawet za to się zabrać. Góra ubrań wygląda dla mnie jak Himalaje; jest nie do zdobycia. I rośnie dalej, wypiętrza się. A we mnie rośnie poczucie beznadziejności, że nawet tu nie dają rady.

Poniedziałek, zaczął się luty

Nastał kolejny ranek, czyli najgorsza dla mnie część dnia. Już sama nie wiem, czy lepiej być wtedy w pracy, czy zostać w domu.

Do pracy szykuję się niczym aktor przed spektaklem – myję zęby, układam włosy. Na twarz nakładam kolejne warstwy makijażu, choć niestety i tak potrafią rozmazać się przy najmniejszym płaczu. Ale twardo – podkład, puder, jeszcze róż na dość blade policzki; rzęsy koniecznie wytuszować, błyszczki na usta! Voilà, wyglądam zupełnie dobrze, zaskakująco dobrze. Jeszcze przykleić uśmiech i jestem gotowa. Do boju! W pracy nikt nawet się nie domyśla, co dzieje się w mojej głowie.

Wracam po południu, noga za nogą, jakby ktoś zarzucił mi na plecy wielki wór. A w tym worze kilogramy ludzkiego nieszczęścia, lęków, płaczu. Ciało boli mnie niemilosernie; może dopada mnie grypa? Przynajmniej będę miała wymówkę, żeby zostać w łóżku...

Wtorek

To jednak nie grypa. Ale dzisiaj przynajmniej przedpołudnie wolne. W domu bez makijażu i eleganckich ciuchów wyglądam marnie, szaro i bardzo przeciętnie. Po rozwiezieniu dzieci do okolicznych szkół mam „czas dla siebie”. Dotychczas był to wyścig między ogarnianiem porannego rozgardiaszu, zakupami, szykowaniem obiadu i włączaniem pralki z kolejnymi praniem. Teraz staram się utrzymywać pozory, ale idzie mi coraz gorzej. Obiad najszybszy, taki mało angażujący. Zakupy

w pobliskim sklepie, żeby nie zajęły dużo czasu. Poza tym przerażają mnie teraz supermarkety z muzyką, światłami, mieszanką zapachów pieczonego kurczaka i środków do prania oraz znacznie większym ryzykiem (tak, ryzykiem!), że spotkam kogoś znajomego. A potem padam, zagłębiam się w poduszki i kołdry i chciałabym zniknąć.

Sobota

Wolne. I co z tego? Plany miałam ambitne, ale jak ostatnio często skończyło się na niczym. Bylejakość zaczyna być moim drugim imieniem; byle szybko, byle wykreślić z listy, byle skończyć. A potem siup do łóżka, pod koc, zamknąć oczy. Chwila niebycia, nieczucia. Wyłączam telefon, ten moment nawet sprawia pewną przyjemność.

Budzę się z lękiem, nienawidzę tego. Serce łomocze i tak bardzo się boje. W pierwszej chwili nie wiem, czego się tak lękam, ale potem przylatuje moje czarne stado i dziobie... Już wiem... Zawsze najgorszy jest strach o najbliższych, o męża i dzieci, o ich zdrowie i życie. Bo jeśli... Potem inne, że przecież obok wojna, groźby jak bomby atomowe, lasy krzyży. I już się rozpędzam w tym myślach; nie wiadomo, gdzie dziś skończę. Najczęściej więczę „dzielo” kolejnym lękiem – że spotka mnie kara, bo „ciągle jęczę, a mam tak dobrze”. I że sięgnę tym na siebie nieszczęścia.

I znowu ból ciała, karku, pleców, nóg. Tak, wiem, może ponownie fibromialgia, ale biorę już leki przeciwdepresyjne, które podobno działają i na tę chorobę (i wcześniej były nawet skuteczne). Łykam dzisiaj po raz kolejny tabletki – tym razem na ból, bo wcześniej – na szczęście. Żadne nie pomagają.

(...)

Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



PO GODZINACH – KULTURA

Gala Twórczości Lekarskiej – wzajemne inspiracje

KATARZYNA WIERZBICKA

Spotkanie zwierniło kilkumiesięczną pracę twórczą lekarzy malujących, fotografujących i piszących poezję i prozę.

23 marca 2024 r. w Strefie Kultury Poleczki odbyła się Gala Twórczości Lekarskiej „Wzajemne inspiracje” zorganizowana przez Komisję ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Przewodnicząca komisji dr Bożena Hoffman-Golańska wiosną ubiegłego roku chciała połączyć wspólne pasje lekarzy, którzy uczestniczyli w warsztatach literackich w Domu Literatury, z lekarzami malującymi obrazy w pracowni malarskiej oraz z sekcją lekarzy pasjonatów fotografii. Od maja 2023 r. – z przerwą wakacyjną – wybierany był w czasie warsztatów literackich utwór miesiąca, który wędrował do malarzy i fotografików, by stać się inspiracją. Jednocześnie zwrótnie do literatów trafiał wybrany obraz miesiąca, by pobudzić pióra i skłonić lekarzy piszących do refleksji, wiersza, opowiadania. Wszyscy uczestniczący w tym lekarze byli ciekawi, co z tego wyniknie. Obrazy nie miały ilustrować wierszy, wiersze nie miały opisywać obrazów. Fotografie miały być artystyczną wizją przeczytanych słów.

Bożena Hoffman-Golańska zagrzewała wszystkich do pracy twórczej, miała w sobie niegasnący zapał – i chyba dzięki temu muzy fruwały nad pracowniami, by wreszcie na koniec roku zaowocować całkiem pokaźnym zbiorem literacko-malarsko-fotograficznym.

Nad literatami czuwał prezes Związku Literatów Polskich Marek Wawrzkiwicz w czasie spotkań z cyklu „Ostry dyżur literacki”. Dzięki temu utwory poddawane kuracji warsztatowych uwag i cięć zyskiwały zdrowszy wygląd. Pracownia malarzy



Fot.: archiwum własne

lekarzy z dr. Włodzimierzem Cerańskim na czele pracowała intensywnie, a prace zaskakiwały literatów feerią barw i różnorodną tematyką. Dr Mirosław Zydecki, prowadzący sekcję

lekarzy fotografików, dostarczył wiele prac ilustrujących poezję, a także artystyczne portrety twórców.

Wspaniała Gala Twórczości Lekarskiej zgromadziła wszystkich razem. Dr Bożena Hoffman-Golańska oraz prof. Bohdan Wasilewski prezentowali efekt kilkumiesięcznych twórczych zabiegów. Przepłatali słowem literatów obrazy, a obrazami słowa.

Czekamy na kolejne inspiracje, wspaniałe inicjatywy komisji i dziękujemy serdecznie za wsparcie, możliwość rozwijania pasji, oddech od codziennych obowiązków i medycznych wyzwań. ●

PO GODZINACH – PHOTOARTMEDICA



www.photoartmedica.pl

► Departures
Dr Leonid Goldin –
dentysta – Izrael
Złoty Medal
Fotoklubu RP –
PhotoArtMedica 2017



PO GODZINACH – SPORT

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie
zaprasza na

**XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Piłce Nożnej 6-osobowej w Częstochowie,
VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy OLD Boys 45+
w Piłce Nożnej 6-osobowej
w Częstochowie**

w dniach 14-15 czerwca 2024 r.

Rozgrywki odbędą się na Stadionie Miejskim
„Victoria” przy ul. Krakowskiej 80
w Częstochowie.

Kontakt do organizatorów:

Piotr Janik tel: 602380957,
Przemysław Klimas tel.: 604792574,
Rita Idziak (034) 368-18-88, 692397518,
e-mail: czestochowa@hipokrates.org

Zgłoszenia i wpłaty przyjmujemy do 20 maja 2024 r.,
decyduje termin wpłaty.

Wpisowe 300 zł za osobę – drużyny od 10 osób.

Numer konta: 82-1140-1889-0000-2433-3300-1001

Tytułem: „Mistrzostwa w Piłce Nożnej”
szczegóły: www.oilczestochowa.pl

4-8 WRZEŚNIA 2024
WŁADYSŁAWOWO CETNIEWO

WWW.NIL.ORG.PL

21 IGRZYSKA
LEKARSKIE

ORGANIZATOR
NIL Naczelna
Izba Lekarska

PATRONAT HONOROWY
Ministerstwo
Sportu i Turystyki

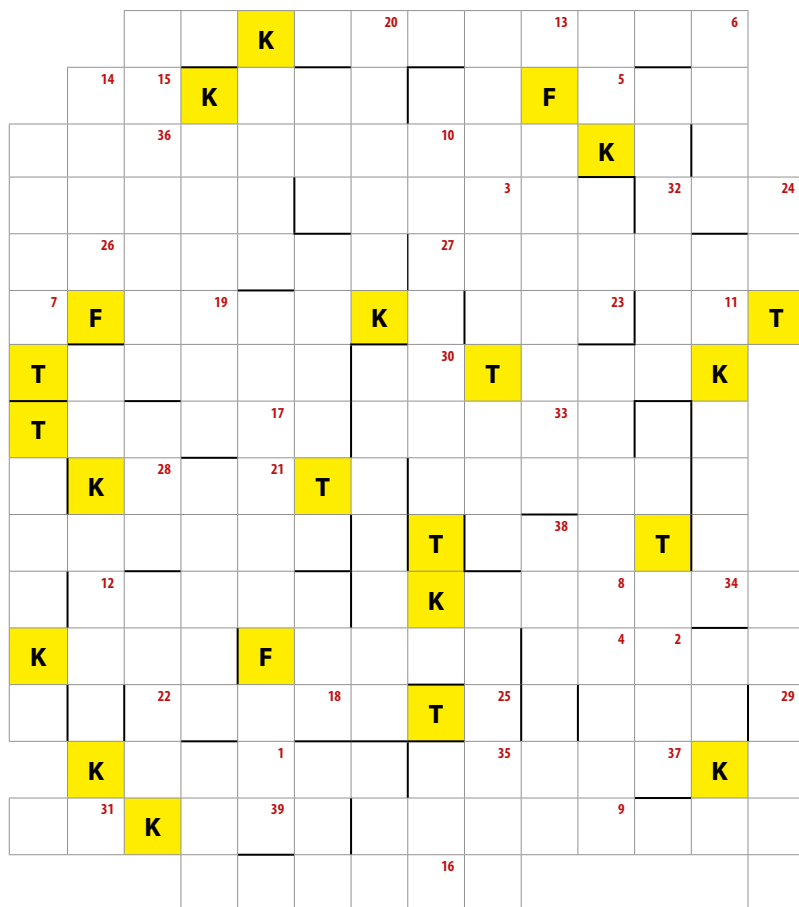
PATRONAT MEDIALNY
GAZETA
LEKARSKA

Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 294



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjalści, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 67 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery F, K i T. Na ponumerowanych polach ukryto 39 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Liwiusza.

Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 16 maja 2024 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* okolica z nasadami kości miednicy * część hamulca * dystroficzna próchnica leśna * płynie przez Młoda Boleslav * przybytek X muzy * twórca praw ruchu planet * kraj z Pretorią * cmentarz Matejki i Szymborskiej * dźwięk, brzmienie * arabskie imię Jezusa * Maciej z Lipiec * kształtuje świadomość * brzoza, głąbiel * akceptacja * nawracająca niedrożność dróg oddechowych u koni * węgierska kiełbasa * na głowie bez włosów * nieprzychylnie o kontrolerze biletów * Turku po szwedzku * nasz cudowny zespół LA (1956-66) * roślina o nietrwałych pędach nadziemnych * czynność milej u Grechuty * płynie w Chocimiu * buty majora * tytoń donosowy * słup nośny mostu * płynie przez Oksford * skrajne nacjonalistki * końska głowa * druk jak ulotka lub menu * ojciec detektyw z Sandomierza * miesza w kuchni * Theodule, pionier psychologii eksperymentalnej * zmierzanie do celu * nakreślił „Noce i dnie” * wykaz błędów * ostroga (łac.) * tym niepełny * mistyczny kierunek w islamie * w rękach Fajdka * granulocyty kwasochłonne * zbudował arkę * land, rzeka i zagłębienie * członek Izby Lordów * zarodziec * opiekun Jezusa

* Waranesi * muzułmański książę * swoisty antygen sterczowy * skarbiec w banku * londyńska świątynia futbolu * egipska bogini nieba * azalie, rododendrony * najwyższy organ kontroli RP * wypływa z Bajkału * zwolennik Dmowskiego * ma zaburzenia płynności mowy * górna część kobiecego stroju ślubnego * stolica Azerbejdżanu * skąpiec w „Skarbie” * między holmem a tulem * śledzie pod pierzynką * szpilka z dużą główką * końskie lub kowalskie * największe miasto Pakistanu * jednostka pracy w CGS * lek na wszystkie choroby

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 292 („GL” nr 2/04)
Prawdę należy mówić tylko temu, kto chce jej słuchać

Nagrody otrzymują:

Tomasz Trochanowski (Zielona Góra), Stanisław Bajena (Sopot), Martyna Wróbel (Poznań), Krystyna Siudyka-Szubert (Dąbrowa Górnicza), Marcelina Miernik-Jasiurkowska (Tarnowskie Góry)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody przesłemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 73/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA

NIL Naczelna
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłata

Nakład: 186 600 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski,
Klaudiusz Komor, Maria Klośńska,
Ryszard Golański, Dariusz Samborski,
Mikołaj Sinica, Anna Wojda,
Mariusz Tomczak

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa
tel.: (22) 558 80 40

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek
w godz. 10.00 - 14.00.

Poza tym terminem prosimy
kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Anna Wojda

(sekretarz redakcji)
anna.wojda@nil.org.pl

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
tel.: 698 633 755
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)
tel. (22) 558 80 40
m.tomczak@gazetalekarska.pl
www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing

anna.wojda@nil.org.pl
tel. 606 699 830

Ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Jerzy Badowski, Adam Czerwiński,
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,
Jacek Miarka, Agata Morka,
Małgorzata Solecka, Jarosław
Wanecki, Grzegorz Wrona,
Sławomir Zagórski

Projekt okładki

Michał Trusz

Projekt

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania 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).

Dach solarny SunRoof 2w1



LIMITOWANA OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY

GRATIS

System bezpieczeństwa
o wartości 15 tys. zł



Dostęp do Programu
Ambadorskiego VIP



Maksymalny wzrost
wartości inwestycji



Dach zintegrowany z ogniwami
fotowoltaicznymi, który chroni i izoluje
budynek, jednocześnie zasilając go
zieloną energią.

Dołącz do grona liderów medycyny,
którzy skorzystali z recepty na
energooszczędność, wysoką estetykę
i wzrost wartości domu w jednym.

Zapraszamy do kontaktu:
22 123 7111
lekarze@sunroof.se



