

Gazeta Lekarska

) P I S M O I Z B L E K A R S K I C H

PRACOWITE wakacje



STOMATOLOGIA

Specjalizacja czy umiejętność?
O radiologii stomatologicznej
i szczękowo-twarzowej

REPORTAŻ

Legalna i... nieosiągalna
Prawo pozwala na leczenie medyczną
marihuaną, lekarze nie wypisują recept

PRAKTYKA LEKARSKA

Racjonalne stosowanie antybiotyków
O lekooporności i zagrożeniach
z nią związanych

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Ewolucja czy rewolucja?
- 6 **Z Sobieskiego 110** A. Matyja: Nowe spojrzenie
- 8 **Temat miesiąca:** Pracowite lato
- 10 **Rozmowa o zdrowiu:** Służba zdrowia nie lubi rewolucji
- 14 **Obserwacje** S. Badurek: Siła postępu czy postęp na siłę?
- 15 **Samorząd:** Mamy wiele do zrobienia
- 16 Informacje z OIL
- 18 Bronimy godności
- 20 To będzie przejście
- 22 **Wspomnienie**
- 24 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Zepsuty tomograf
- 25 **Dental espresso** A. Cisko: Bez cukru
- 26 **Stomatologia:** Specjalizacja czy umiejętność?
- 29 **Punkt widzenia** J. Małmyga: Skończyły się wakacje
- 30 **Nauka w skrócie**
- 31 **Nasi w Europie** M. Hamankiewicz: Manifest
- 32 **Ze świata:** Interwencje przeskórne w kardiologii
- 34 **Polskie innowacje:** Bioniczna trzustka
- 35 **Biuletyn**
- 41 **Reportaż:** Legalna i... nieosiągalna
- 44 **Prawo i medycyna:** RODO - wątpliwości ciąg dalszy
- 46 **Lekarskie towarzystwa naukowe:** Odpowiedź zapisana w krwi
- 48 **Praktyka lekarska:** Racjonalne stosowanie antybiotyków
- 50 Niezdrowa młodość
- 52 Karta Oceny Nasilenia Bólu
- 54 Lekarze i lekarze dentyści w 2017 roku
- 56 **Lekarze w walce o niepodległość:** „Żywna”, czyli prawdziwa i szczerza - dr Stefania Perzanowska (1896-1974)
- 58 **Stukot białych tępów:** Czy chciałbyś znaleźć się na moim miejscu?
- 60 **Indeks korzyści:** Dlaczego lekarze noszą trepy?
- 62 **Ze sceny** A. Andrus: Wakacyjna medycyna ratunkowa
- 63 **Kultura:** Poetka we śnie
- 64 **Błąd malarski:** Dobry chłopiec
- 66 **Kultura** Nasza czytelnia
- 68 Nawiedzeni przez muzy
- 70 Świat, który słyszę
- 71 **Sport**
- 72 **Ogłoszenia**
- 80 **Komunikaty**
- 81 **Epikryza (81)** J. Wanecki: Ruch oporu
- 82 **Jolka lekarska**



41 Legalna i... nieosiągalna



44 Wątpliwości ciąg dalszy



48 Racjonalne stosowanie antybiotyków



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

PRAWO

Resort rozwija część wątpliwości lekarzy rezydentów i specjalistów wynikających z wejścia w życie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

E-ZWOLNIENIA

ZUS chwali się odzyskiwaniem astronomicznych kwot po kontroli zwolnień lekarskich w tym roku. Ile zwolnień lekarze wystawiają elektronicznie? Dlaczego ich ilość ciągle rośnie?

Ewolucja czy rewolucja?

Lipiec i sierpień tego roku, mimo że to tradycyjny i oczywisty okres urlopowy, były najbardziej pracowitymi miesiącami w Naczelnej Izbie Lekarskiej od niepamiętnych czasów. Sam fakt nie jest zaskakujący – stery przejęli nowi ludzie i chcą jak najszybciej zrealizować swoje plany.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Zaskoczeniem może być intensywność działań. Wiele na ten temat mogą państwo przeczytać w kilku miejscach tego numeru. Dwóch rozmówców „Gazety Lekarskiej” – minister zdrowia Łukasz Szumowski i Michał Bula, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy NRL – opowiada się za ewolucyjnymi zmianami w ochronie zdrowia. Tymczasem zmiany i prace w samorządzie lekarskim mają tempo iście rewolucyjne. Dotyczy to Naczelnej Izby Lekarskiej, szczególnie zaś Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, gdzie nastąpiła prawdziwa zmiana pokoleniowa. Samorząd lekarski w całej Polsce przygląda się teraz temu, co dzieje się na Sobieskiego 110 i Puławskiej 18. Efekty działań będą widoczne dopiero za kilka miesięcy. Na poziomie okręgowym ocena nastąpi na najbliższym zjeździe okręgowym, na poziomie krajowym – na nadzwyczajnym zjeździe krajowym.

Oczy wielu osób zwrócone są szczególnie na młodych lekarzy, którzy weszli, czasami przebojem, do rad lekarskich, naczelnej i okręgowych. Atrybuty młodości to spontaniczność i niecierpliwość. To z pewnością nadaje impetu działalności w samorządzie lekarskim. Ale codzienna działalność izby to często praca lekarzy systematyczna i żmudna. Na przykładzie mojej własnej izby mogę podać wiele pozytywnych przykładów działań młodych koleżanek i kolegów w radzie i jej komisjach. Na poziomie izby naczelnej

pozytywną aktywność młodszych pokolenia widać na razie w Prezydium NRL. Składy komisji i zespołów NRL zostały powołane na posiedzeniu rady 31 sierpnia, już po oddaniu tego numeru „Gazety Lekarskiej” do druku. Osoby zainteresowane mogą poznać składy osobowe w naszym portalu: www.gazetalekarska.pl. A propos udziału młodszych lekarzy w działalności samorządu, bardzo charakterystyczne jest to, że, niestety, nie zanotowano zainteresowania pracą w pionie odpowiedzialności zawodowej. Nadal są wakaty na stanowiskach sędziów sądów lekarskich i zastępców rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Jedną z najważniejszych spraw jest wpływ lekarzy na stanowione prawo. Tymczasem pan minister w rozmowie z prezydium NRL mówi o współpracy na poziomie tworzenia projektów ustaw, a w rozmowie z „Gazetą Lekarską”, że rolę samorządu jest opiniowanie projektów gotowych.

Wielu z nas, może większość, jest zwolennikami zmian ewolucyjnych, podobnie jak przywołani na początku panowie. Ale od wielu kolegów lekarzy, zwłaszcza zaś od lekarzy stomatologów, słyszę, że obecna sytuacja w ochronie zdrowia, szczególnie jeśli idzie o jej finansowanie i warunki pracy lekarzy, jest dramatyczna i wymaga zmian radykalnych. Czy samorząd może mieć na to wpływ? Z pewnością powinien. Nie może być tak, w każdym razie nie powinno, że lekarze ważne dla siebie i dla pacjentów sprawy wymuszają protestami albo strajkiem. A można się spodziewać, że myśli o proteście wrócą po okresie urlopowym. ☺

MIGAWKA

> 1 sierpnia w siedzibie NIL omawiano m.in. cele strategiczne środowiska lekarskiego na lata 2018-2020. Na zdjęciu (od lewej): prezes NRL Andrzej Matyja, zastępca sekretarza NRL Artur Drobnik.



FOTO: MONIKA BALA

Trzy miesiące w RODO

25 maja 2018 r. jawił się jako kolejny dzień, w którym nastąpi koniec świata.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

Od tego dnia stosuje się przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Koniec świata jednak znowu nie nastąpił. Jakże praktyczne wnioski mamy po trzech miesiącach z RODO?

Od strony technicznej nowe przepisy nie wprowadzają właściwie nic nowego, bo nie taka jest ich istota. Nie dają one gotowych rozwiązań w zakresie realizowania obowiązków ochrony danych osobowych. Tak jak pod rządami przepisów ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – nie powinno się wywieszać na drzwiach gabinetów imiennych list pacjentów czy wywoływać ich na wizytę imieniem i nazwiskiem. Można to robić przez wskazanie numerka przydzielonego przy rejestracji czy godziny, na którą pacjent został umówiony. Powinno się też zapewnić pacjentom anonimowość przy rejestrowaniu do lekarza, choćby przez dbanie, by pacjentowi obsługiwanemu przez rejestratorkę nie stała nad głową zniecierpliwiona kolejka innych pacjentów. Ministerstwo Cyfryzacji w opublikowanych w internecie poradnikach sugeruje również, żeby nie wyklądać na biurko w gabinetach wszystkich kart pacjentów umówionych tego dnia na wizytę. Równie dobrze kartę badanego pacjenta można wyciągnąć z szafki czy szuflady w momencie, gdy jest on zapraszany do gabinetu. Ministerstwo proponuje również zrezygnowanie z oznaczania gabinetów nazwami specjalizacji lekarskich, tak żeby nie można się po tym zorientować, do jakiego specjalisty ktoś czeka.

Niektóre poradnie, powołując się na RODO, zabraniają lekarzom zabierania na wizyty domowe dokumentacji medycznej pacjenta. Jest to z pewnością bardzo skuteczny sposób zabezpieczenia danych zawartych w tej dokumentacji, ale może on poważnie utrudnić leczenie, a nawet doprowadzić do poważnych kłopotów, jeśli dane już umieszczone w dokumentacji pacjenta mają znaczenie dla jego aktualnego diagnozowania i leczenia. RODO nie zakazuje w żadnym ze swoich przepisów zabierania dokumentacji pacjenta na wizytę domową. Ryzyko

jej zagubienia, zniszczenia czy dostępu do niej przez osoby nieuprawnione oczywiście rośnie, ale wydaje się, że można znaleźć sposoby na rozwiązanie takich problemów. Choćby poprzez zrobienie zdjęć części dokumentacji aparatem, który jest teraz w każdym telefonie komórkowym i umieszczenie go w pamięci telefonu w katalogu, do którego dostęp zabezpieczony jest hasłem, a pliki w nim przechowywane są szyfrowane. Zwykle jest on oznaczany jako „sejf”. Po zakończeniu wizyty plik ze zdjęciami dokumentacji trzeba z telefonu usunąć. Jeśli dotychczasowa dokumentacja nie jest konieczna do leczenia pacjenta, to wpisów związanych z wizytą można dokonywać na nowych kartach i załączyć je do dokumentacji już istniejącej. Przepisy wymagają bowiem, żeby wpisów dokonywać niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

RODO przyniosło kilka nowych uprawnień przysługujących osobom, których dane są przetwarzane. Wskazać tu można prawo do bycia zapomnianym (art. 17 RODO), do żądania ograniczenia przetwarzania danych (art. 18 RODO), do przenoszenia danych (art. 20 RODO). W przypadku danych zawartych w dokumentacji medycznej pacjenci nie mogą korzystać z takich praw. Przepisy RODO wyłączają je w sytuacjach, gdy przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia (art. 9 ust. 2h RODO).

Pojawiły się rozbieżne stanowiska co do uprawnień do żądania udostępnienia dokumentacji medycznej w oparciu o przepisy ustawy o prawach pacjenta i RODO. Zarówno Ministerstwo Cyfryzacji, jak i twórcy kodeksu branżowego postępowania w zakresie ochrony danych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą stoją na stanowisku, że są to dwa różne uprawnienia, które się nie wyłączają. Jest to o tyle istotne, że RODO mówi o pierwszym udostępnieniu danych bezpłatnie. Nie gwarantuje jednak możliwości żądania udostępnienia wszystkich danych, a tylko danych osobowych i to w dowolnej strukturze, a nie takiej, która przewidziana jest dla danych medycznych. Udostępniający dane na podstawie RODO nie musi również zapewnić ich nośnika. 

Nowe spojrzenie raz jeszcze



Andrzej Matyja

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Nowe spojrzenie na nasze lekarskie sprawy nie pozwoliło nam korzystać w pełni z uroków lata. Co prawda przerwa urlopową parlamentu mogła sugerować, że i my – NRL i jej Prezydium – spokojnie przygotujemy się do zapowiadanej aktywnej jesieni. Nic z tego. Wszyscy pracowali.

Wiceprezisi NRL: Andrzej Cisko, Krzysztof Madej, Jacek Kozakiewicz i inni członkowie Prezydium NRL – zgodnie z moimi wcześniejszymi ustaleniami z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim – omawiali i przybliżali do realizacji w ramach roboczych spotkań sprawy wspólne oraz ważne dla nas lekarzy i pacjentów. Były to m.in.: programy unijne, sprawy elektronicznej dokumentacji medycznej, niektóre zapisy ogólnych warunków umów z NFZ, recepty czy powstanie od dawna oczekiwanej przez środowisko lekarskie „komórki organizacyjnej” w Ministerstwie Zdrowia ds. stomatologii. Dokonano wielu uzgodnień, oczekujemy realizacji przyjętych zobowiązań.

Spotkałem się z Rzecznikiem Praw Pacjenta, omawiając zasady wspólnych działań dla dobra wzajemnej relacji lekarze-pacjenci, niezwłocznie podjął prace zespół Prezydium, powołany do realizacji tej współpracy.

Przygotowujemy nowe rozwiązania dotyczące polityki informacyjnej NRL. Niezależnie od kontaktów z Ministerstwem Zdrowia interweniowaliśmy w Ministerstwie Środowiska i GIS w sprawach związanych z unijną dyrektywą „amalgamatową” i zasadami dokumentowania procesów sterylizacji.

Obradowała Naczelna Rada Lekarska, kilkakrotnie spotykało się Prezydium NRL. Oprócz zagadnień bieżących, samorządowych, dotyczących m.in. porządkowania spraw związanych z regulacją zasad

i celowością uczestnictwa NRL w organizacjach międzynarodowych, zajmowaliśmy się także projektem kolejnego rozporządzenia ds. recept, podkreślając m.in. konieczność zachowania możliwości równoległego stosowania wersji papierowej i elektronicznej. Nie zabrakło naszych przemyśleń i uwag do projektu ustawy „Polityka Lekowa Państwa”.

Ale najpilniejszym problemem było wejście w życie tzw. ustawy 6%. Choć pomija ona wiele z postulatów zgłaszanych od lat przez samorząd lekarski, jest niewielkim krokiem w dobrym kierunku. Z jednej strony jej zapisy poprawiają wynagrodzenia niektórych grup lekarzy, ale znacznej części niestety nie obejmują. Oczekujemy zwiększania środków publicznych na zdrowie, oczekujemy działań decydentów, aby tempo tego wzrostu było zdecydowanie szybsze, gdyż Europa dalej nam ucieka. Każdy stracony rok przekłada się de facto na gorszą sytuację systemu ochrony zdrowia.

Będziemy konsekwentnie walczyć o realizację naszego odwiecznego postulatu dotyczącego minimalnego wynagrodzenia dla lekarza i lekarza dentysty, zgodnie ze stanowiskiem Krajowego Zjazdu Lekarzy. Ponownie apelujemy do Ministra Zdrowia o podjęcie działań mających na celu ustalenie wysokości minimalnego wynagrodzenia dla lekarza i lekarza dentysty stażysty na poziomie średniej krajowej, lekarza i lekarza dentysty bez specjalizacji oraz lekarza rezydenta na poziomie dwukrotnej średniej krajowej, dla lekarza i lekarza dentysty z pierwszym

stopniem specjalizacji na poziomie dwuipółkrotności średniej krajowej oraz dla lekarza i lekarza dentystry ze specjalizacją na poziomie trzykrotnej średniej krajowej.

1 sierpnia, w siedzibie NIL, na nasze zaproszenie zebrali się przedstawiciele największych organizacji zrzeszających i reprezentujących lekarzy w Polsce: samorządu lekarskiego (Prezydium NRL, Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich), Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Porozumienia Rezydentów OZZL, Federacji Porozumienie Zielonogórskie i Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. Spotkanie organizował, koordynował i podsumował zastępca sekretarza NRL Artur Drobnia. To od bardzo wielu lat pierwsze takie spotkanie, podczas którego porozumiano się w najważniejszych kwestiach. Pokazało, że potrafimy być zjednoczeni i wspólnie walczyć o zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia oraz poprawę warunków pracy.

Niespodziewanym gościem tego spotkania był minister zdrowia Łukasz Szumowski. Minister zadeklarował m.in., że wszystkie wątpliwości wynikające z interpretacji ustawy „6%” wyjaśni w wydanych interpretacjach, a także w późniejszych rozporządzeniach.

I właśnie po to, by nie było rozbieżności i różnych sposobów interpretacji przepisów, wypracowaliśmy w NIL wzory formularzy oświadczeń lekarzy rezydentów oraz lekarzy specjalistów do wykorzystania w celu skorzystania z uprawnień do podwyższonego wynagrodzenia na zasadach określonych w ustawie. Doprecyzował to komentarz MZ, który także jest zamieszczony zarówno na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej, jak i Ministerstwa Zdrowia. Z ustawy nie wynika, kto miał taki wzór opracować. My podjęliśmy się tego trudu, po to, żeby formularze ujednolicić w skali kraju. W przeciwnym razie mogłoby dojść do tego, że każdy szpital miałby własne wzory, w każdej placówce inne. Są one do wykorzystania, wraz z interpretacjami przepisów ustawy i komentarzami do niej, jakie otrzymaliśmy od Ministra Zdrowia.

Ale życie życiem jest. I właśnie dochodzą do Naczelnej Izby sygnały, że część placówek preferuje swoje wzory oświadczeń. Apelujemy do dyrektorów szpitali o honorowanie wzorów publikowanych na stronie internetowej NIL, uzgodnionych z Ministerstwem Zdrowia.

Podczas prac nad projektem ustawy wnosiliśmy wiele zastrzeżeń, które wskazywały na problemy interpretacyjne i niepełną realizację Porozumienia z Rezydentami. Niektóre z nich zostały wyjaśnione – w postaci komentarzy lub deklaracji ministra, odsyłam do strony internetowej NIL.

Nadal jednak rodzą się wątpliwości co do interpretacji zapisów ustawy. W tej kwestii ponownie zwróciłem się do Ministra Zdrowia, podkreślając, że w sytuacji, w której przepisy przygotowanej w MZ ustawy budzą tak liczne wątpliwości, rolą Ministra Zdrowia powinno być przygotowanie klarownej informacji na temat tego, jak przepisy powinny być stosowane. Wątpliwości interpretacyjne oraz rezerwa, z jaką odnoszą się do ich stosowania niektórzy dyrektorzy placówek sprawiają, że cel regulacji może nie zostać w pełni osiągnięty.

Kolejnym ważnym elementem działalności jest aktywny udział naszych przedstawicieli w pracach Zespołu Ministra Zdrowia pod przewodnictwem Jarosława Bilińskiego, który pracuje nad zmianami w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, w celu poprawy warunków kształcenia oraz pracy lekarzy. Aktywnie do prac w tym Zespole włączyli się członkowie Prezydium Michał Balsa i Dariusz Paluszek oraz Magda Wiśniewska – przewodnicząca Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich. W ostatnich tygodniach Zespół zajmował się głównie prawem pracy, problematyką dyżurów medycznych, następnie zajęcie się sprawami związanymi z kształceniem.

Dobiega wreszcie końca, jak sędzę, wieloletnia walka – nie boję się użyć słowa „walka” – samorządu lekarskiego, dotycząca stworzenia banku pytań do PES-u, LEK-u i LDEK-u oraz ich publikacji. W uzgodnieniu z dyrektorem Centrum Egzaminów Medycznych prof. Marianem Klenckim podejmujemy w tym kierunku kroki i mam nadzieję, że pod kierownictwem członka Prezydium NRL Jerzego Friedigera dojdzie do finalizacji tej sprawy i będzie to sukcesem całego środowiska lekarskiego.

Dwoił się i troił Sekretarz NRL Marek Jodłowski, ale wprowadzany od 1 września nowy obieg dokumentacji, będący jego pomysłem, ułatwi życie nam wszystkim.

Patrzmy z wielką uwagą na stan naszych finansów i celowość ponoszonych wydatków, nad którymi czuwa i których pilnuje z wielką dokładnością Skarbnik Grzegorz Mazur.

Nie próżnował także Andrzej Wojnar – problemów etycznych w naszym życiu zawodowym jest coraz więcej i są coraz trudniejsze.

W moim przekonaniu, nasze „nowe spojrzenie” to dialog, ale przy użyciu twardych argumentów, którymi samorząd lekarski dysponuje. Konsekwentnie rozmawiamy z wszystkimi, niezależnie od opcji politycznej, którzy są zaangażowani w rzeczywistą poprawę systemu ochrony zdrowia, w niwelowanie absurdów, w poprawę sytuacji pacjentów i warunków naszej pracy. ○

Pracowite wakacje



Mariusz Tomczak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Tegoroczny sezon urlopowy nie należał do nudnych. Przez ostatnie tygodnie działo się wiele spraw ważnych dla całego środowiska lekarskiego. Dla samorządu były to dwa miesiące wyężonej pracy.

Kiedy część Polaków wyjechała już na wakacje, a wielu myślało o pakowaniu walizek, nasi parlamentarzyści spłatali lekarzom psikusa. W pierwszy czwartek lipca, podczas nocnego głosowania, posłowie odrzucili wszystkie poprawki Naczelnej Izby Lekarskiej zgłoszone do tzw. ustawy 6 procent, czyli projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

OPOZYCJA TAK JAK PIS

Wiele osób zostało nie tyle zaskoczonych, co zszokowanych. Nie tylko dlatego, że za przyjęciem noweli w całości głosowało aż 403 posłów (6 było przeciw i nikt nie wstrzymał się od głosu). Co za ponadpartyjna zgoda! Zdziwienie było tym większe, bo zaledwie kilka godzin wcześniej sejmowa Komisja Zdrowia zarekomendowała posłom przyjęcie wszystkich poprawek wniesionych przez samorząd lekarski. „Nasze oburzenie i poczucie kolejnego zawodu jest tym większe, że umowy po raz kolejny nie dotrzymali między innymi koledzy lekarze: minister zdrowia i posłowie na Sejm będący lekarzami” – czytamy we wspólnym stanowisku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, sygnowanym przez prof. Andrzeja Matyję i dr Magdę Wiśniewską. Odrzucenie poprawek NIL uznali za brak solidarności

ze środowiskiem i nieposzanowanie zasad ujętych w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

DWIE WIZYTY MINISTRA W NIL

W wakacje minister zdrowia Łukasz Szumowski dwukrotnie gościł w siedzibie NIL w Warszawie. 20 lipca, podczas posiedzenia Prezydium NRL, szefowi resortu przekazano zastrzeżenia do planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 r. Zdaniem samorządu lekarskiego zaplanowano w nim za mało środków na profilaktykę zdrowotną i finansowanie świadczeń stomatologicznych (koszty leczenia stomatologicznego określono na 2,21 proc. udziału w całości budżetu NFZ). Ponadto wyrażono zaniepokojenie możliwością spadku jakości kształcenia, bo – jak wskazywali przedstawiciele samorządu – w ślad za wzrostem liczby studentów na kierunku lekarskim w uczelniach medycznych nie powiększają się możliwości lokalowe i nie poszerza kadra naukowo-dydaktyczna. Minister Łukasz Szumowski zgodził się z członkami Prezydium NRL m.in. co do konieczności zasadniczej zmiany modelu kształcenia specjalizacyjnego. Propozycję zmian w tym zakresie w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty ma wypracować zespół, w którego składzie znaleźli się przedstawiciele samorządu lekarskiego, a projekt ustawy mamy poznać jeszcze tej jesieni. Zdaniem szefa resortu system zdawania egzaminów lekarskich powinien się opierać

na publicznie dostępnej bazie pytań egzaminacyjnych i dobrze by było, aby samorząd włączył się w proces ich przygotowywania. Minister Szumowski zadeklarował ponadto ściślejszą współpracę z NIL w zakresie organizowania spotkań eksperckich i tworzenia aktów prawnych – co ważne – już na wczesnym etapie legislacyjnym.

STRATEGIA NA LATA. CEL: 9 PROC. PKB

Druga wakacyjna wizyta ministra zdrowia przy ul. Sobieskiego 110 miała miejsce 1 sierpnia, kiedy przedstawiciele NIL i Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich spotkali się z reprezentantami Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, władz Porozumienia Rezydentów OZZL, Federacji Porozumienie Zielonogórskie oraz Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. Rozmowy trwały wiele godzin. Uczestnicy spotkania są przekonani o nadchodzącej „katastrofie” w ochronie zdrowia w Polsce. Ich niepokój budzi brak wystarczających działań zmierzających do poprawy tej sytuacji. Określono cele strategiczne środowiska lekarskiego na lata 2018-2020, mające doprowadzić nie tylko do poprawy wizerunku lekarza w społeczeństwie i warunków kształcenia kadry lekarskiej, ale również do „pozytywnych konsekwencji” po przewidzianych na przyszły rok wyborach do Sejmu i Senatu. Działania te mają stanowić fundament pod przygotowanie reformy ochrony zdrowia zgodnej z rzeczywistymi potrzebami

▲ Ministerstwo Zdrowia obiecało aktywniej współpracować z NIL w zakresie tworzenia aktów prawnych już na wczesnym etapie legislacyjnym. Na zdjęciu: siedziba resortu.





środowiska lekarskiego, co – jak podkreślono w oficjalnym komunikacie – „winno być priorytetem kolejnej kadencji parlamentarnej”. W czasie tego spotkania wiele uwagi poświęcono „ustawie 6 procent”, którą prezydent Andrzej Duda podpisał właśnie 1 sierpnia. Przedstawiciele organizacji lekarskich za niewystarczający uznali wzrost wydatków na publiczny sektor ochrony zdrowia do 6 proc. PKB w 2024 r. zaplanowany w tej ustawie. W ich ocenie należy w jak najszybszym tempie osiągnąć minimum 6,8 proc. PKB, a maksymalnie w ciągu dekady 9 proc. PKB. Z mocną krytyką spotkał się fakt, że zapis o przeznaczaniu odpowiedniego odsetka PKB na publiczne nakłady na zdrowie poszerzono o odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz o koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, jednak resort zdrowia broni się, że nie miał innego wyjścia.

ODSTĘPSTWA OD POROZUMIENIA Z REZYDENTAMI

W ocenie środowiska lekarskiego nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawiera liczne odstępstwa od treści porozumienia zawartego pomiędzy ministrem Łukaszem Szumowskim i Porozumieniem Rezydentów OZZL 8 lutego br. Przez całe wakacje, w tym również w czasie sierpniowego spotkania w NIL, wiele dyskutowano na ten temat, a grupa prowadzona na Facebooku przez

Porozumienie Rezydentów OZZL dosłownie pęcznieje od pytań i wątpliwości kierowanych przede wszystkim od lekarzy młodszych wiekiem i stażem. Wśród najważniejszych zarzutów kierowanych pod adresem nowej, obowiązującej od niedawna ustawy, wymienia się m.in. to, że nie wypełnia ona lutowego porozumienia w zakresie uregulowania kwestii dyżurów medycznych. Że zawiera sprzeczne z porozumieniem zapisy w sprawie wzrostu wynagrodzenia zasadniczego (o 600 zł lub 700 zł) dla tych lekarzy, którzy w czasie rezydentury zobowiążą się do wykonywania zawodu na terenie kraju przez dwa z pięciu kolejnych lat po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego. Że niezgodne z porozumieniem są zapisy dotyczące wzrostu wynagrodzenia zasadniczego do 6750 zł brutto dla lekarzy zobowiązujących się do nieudzielania tożsamyh świadczeń w innej placówce finansowanej ze środków publicznych. Że limituje wzrost wynagrodzeń lekarzy specjalistów do 2020 r. A to przecież tylko nieliczne kontrowersje z dość długiej listy zarzutów kierowanych wobec ministerstwa.

PODWYŻKI I OŚWIADCZENIA – WAŻNE TERMINY

Na przełomie sierpnia i września zrobiło się trochę niespokojnie wśród tych, którzy chcą skorzystać

z uprawnień do podwyższonego wynagrodzenia i – zgodnie z nowymi przepisami – planują złożyć specjalne oświadczenia. W przypadku lekarzy rezydentów jest to możliwe z mocą wsteczną od 1 lipca pod warunkiem dopełnienia tego obowiązku w ciągu 14 dni od daty wejścia w życie ustawy (tj. do 7 września). W przypadku lekarzy specjalistów warunkiem uzyskania podwyższenia wynagrodzenia od 1 lipca jest złożenie, także do 7 września, oświadczenia o niewykonywaniu świadczeń „konkurencyjnych”, skutecznego od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym oświadczenie jest składane. Aby wszystkim zainteresowanym możliwością zwiększenia wynagrodzenia na zasadach określonych w ustawie zaoszczędzić fatygi i nie narażać na ryzyko podpisania dokumentu ze zobowiązaniami „na wyrost”, Zespół Radców Prawnych NIL przygotował wzory formularzy oświadczeń. Po potwierdzeniu ich formalnej poprawności przez resort zostały one zamieszczone na stronie internetowej NIL wraz z dodatkowymi informacjami rozwiewającymi przynajmniej część zasadniczych wątpliwości. – Załączone formularze uwzględniają uwagi Ministerstwa Zdrowia, dlatego też rekomendujemy korzystanie właśnie z nich – podkreśla prezes NRL.

PATRZ, CO PODPISUJESZ

W niektórych placówkach pojawiły się wzory oświadczeń gwarantujących otrzymanie tzw. bonu lojalnościowego czy podwyżki w przypadku lekarza specjalisty po zaakceptowaniu zobowiązań znacznie wykraczających poza te zawarte w nowych przepisach (np. w jednym ze szpitali był dopisek o wyrażeniu zgody na pracę w placówce przez sześć kolejnych lat od podpisania oświadczenia). Były również takie miejsca, w których próbowano odmawiać lekarzom prawa do składania oświadczeń w wersji innej niż ta zaakceptowana przez dyrekcję. Już wkrótce przekonamy się, czy komórki kadrowe w wielu placówkach przeżyją obłężenie, czy też swój podpis pod oświadczeniami złożą nieliczni lekarze. 



Zaakceptowane przez resort zdrowia wzory formularzy oświadczeń dla lekarzy rezydentów i specjalistów oraz interpretacja przepisów na www.nil.org.pl i www.gazetalekarska.pl

Służba zdrowia nie lubi rewolucji

GL
ROZMOWA

Z ministrem zdrowia prof. **Łukaszem Szumowskim** rozmawiają **Ryszard Golański i Marta Jakubiak**.

GL Jak pan minister jako lekarz ocenia „Gazetę Lekarską”?

Czytam. To medium, które dociera do większości lekarzy w Polsce. Są tam informacje, których mnie jako specjalście w wąskiej dziedzinie zawsze brakowało – „Gazeta Lekarska” pomaga utrzymać kontakt z szeroko rozumianą medycyną i samorządem lekarskim.

GL Skoro jesteśmy przy samorządzie. Od lat bolączką naszej korporacji zawodowej jest to, że Naczelna Rada Lekarska nie ma wpływu na tworzone przepisy dotyczące tego zawodu. Dlaczego tak jest?

Samorząd ma wpływ na legislację jako organ opiniujący. Wszystkie powstające w Ministerstwie Zdrowia akty prawne, które dotyczą lub mogą dotyczyć kwestii wchodzących w zakres kompetencji samorządu, mają etap konsultacji społecznych i wszystkie trafiają do Naczelnej Rady Lekarskiej.

GL Problem polega na tym, że opinie te są lekceważone. Ostatnio wszystkie poprawki NRL zostały odrzucone.

Jeśli mówimy o tzw. ustawie 6 proc. PKB – to część uwag Naczelnej Rady Lekarskiej została uwzględniona. Część odrzucono jako bezzasadne, jak np. uwaga o Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. AOTMiT jest w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, a w porozumieniu z rezydentami zapisaliśmy, że kwota 6 proc. PKB na zdrowie ma obejmować to, co znajduje się w planie finansowym NFZ.

Postawienie sprawy w ten sposób, że stanowisko Rady nie jest uwzględniane, jest niezgodne z rzeczywistością. Zapraszamy przedstawicieli samorządu lekarskiego do bardzo wielu inicjatyw. Obecnie uczestniczą choćby w tworzeniu ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Piszemy ją wspólnie z przedstawicielami środowiska, a członkowie izb lekarskich dominują w zespole, który nad nią pracuje. Chyba z żadnym innym samorządem nie przeprowadziłem tylu rozmów, konsultacji i dyskusji, co z przedstawicielami młodych i starszych kolegów lekarzy.

Jednocześnie nie uważam, żeby rolą Naczelnej Rady Lekarskiej było tworzenie prawa. Tym zajmują się odpowiednie organy w państwie, a samorządy zawodowe mają wpływ na legislację poprzez opiniowanie, ekspertyzy i konsultacje. Główną rolą samorządu wydaje się być dbanie o jakość w tym szczególnym zawodzie zaufania publicznego, gdzie pacjent powierza swoje zdrowie i życie w ręce lekarza. Niezwykle ważne jest, aby był ktoś, kto pilnuje, aby praktykować miały prawo osoby rzetelnie wykształcone i postępujące zgodnie z zasadami Kodeksu Etyki Lekarskiej. Jednym słowem, żeby pacjent idący do lekarza wiedział, że nie trafi do hochsztaplera.

GL Jak wyobraża pan sobie przyszłą współpracę z NRL?

Tak jak dotychczas będę konsultował z nią wszystkie akty prawne, które dotyczą tego środowiska. Bardzo cenię wiedzę i doświadczenie kolegów z samorządu. Chcemy wspólnie tworzyć konstruktywne projekty, dobre dla środowiska lekarskiego.

GL Jakie są priorytety ministra Szumowskiego?

Bezpieczeństwo pacjentów, poprawa jakości świadczeń i kadry.

GL Jak chce pan rozwiązać problem niedoboru kadr?

Przyczyny emigracji lekarzy poza granice Polski oraz do sektora prywatnego to temat bardzo złożony. Należy do nich motywacja finansowa, ale z rozmów z osobami pracującymi za granicą wiem, że wcale nie jest ona najważniejsza. Na pierwszy plan wybijają się nadmierna biurokracja i feudalny system zarządzania, czyli warunki pracy. Młody lekarz pozostaje ubezwłasnowolniony od początku studiów przez co najmniej 12 lat. Przepisy zostały tak skonstruowane, że lekarz bez specjalizacji nie może właściwie niczego zrobić, nie może leczyć samodzielnie, a przecież posiadane prawo wykonywania zawodu upoważnia go do tego. To jest absurd naszego systemu. Tak nie powinno być.



◀ Prof. Łukasz Szumowski:
– Trzeba zwiększać nakłady finansowe, ale też mądrze inwestować pieniądze, wykorzystywać potencjał informatyzacji, a także innych zawodów, jak choćby sekretarki medyczne.

GL Trzeba zmienić prawo?

Tak, koniecznie. O tym rozmawiamy z NRL, a także z członkami zespołu tworzącego ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. W jego składzie znajdują się przedstawiciele izby lekarskiej, dwóch przedstawicieli Porozumienia Rezydentów OZZL: Łukasz Jankowski i Jarosław Biliński, który jest szefem zespołu, przedstawiciel CMKP oraz przedstawiciel medycyny akademickiej i instytucyjowej. Jeżeli skład ten wymaga poszerzenia, jestem otwarty na taką sugestię.

GL Czy to dobrze, że młodzi sami będą decydowali, jak mają być kształceni?

Czasem warto wpuścić trochę świeżych pomysłów.

GL Czy ministerstwo planuje zwiększać liczbę miejsc na studiach medycznych?

Już to zrobiliśmy – zwiększyliśmy limit miejsc w stosunku do roku poprzedniego. Chętnie zrobilibyśmy to jeszcze szybciej, ale możemy deklarować przyjęcie tylko tylu studentów, ilu są w stanie wykształcić uczelnie. W roku akademickim 2018/2019 limit – łącznie na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych – wyniesie 9211, w tym 7816 na kierunku lekarskim i 1395 na kierunku lekarsko-dentystycznym. To o 276 miejsc więcej niż rok temu. Ograniczenia liczbowe nie wynikają z limitów Ministerstwa Zdrowia, ale z wyczerpujących się możliwości uczelni. Dzięki przyjętej niedawno ustawie o UKSW będziemy mieli kolejnych 50 miejsc więcej na kierunku lekarskim.

GL Gdyby uczelnie miały więcej pieniędzy, miałyby możliwość poszerzania potencjału dydaktycznego.

W polskim systemie edukacji mamy ograniczoną liczbę pieniędzy. Ogromnym kosztem społecznym kształcimy młodych lekarzy, a oni później wyjeżdżają do pracy w innych krajach. Dlatego z jednej strony trzeba racjonalnie zwiększać limity, a z drugiej – należy przeznaczać środki na poprawę warunków pracy. Trzeba zwiększać nakłady finansowe, ale też mądrze inwestować pieniądze, wykorzystywać potencjał informatyzacji, a także innych zawodów, jak choćby sekretarki medyczne.

GL No właśnie, kiedy sekretarki medyczne zaczną pomagać lekarzom?

Zostały już wpisane do rejestru zawodów medycznych. Teraz opracowujemy normy zatrudnienia. Przed wejściem w życie nowych przepisów musi być vacatio legis. Konieczna jest też rozmowa z pracodawcami, menadżerami i dyrektorami szpitali. Musimy wypracować jakiś konsensus, żeby sekretarki wprowadzić do systemu w sposób ewolucyjny. Służba zdrowia nie lubi rewolucji. Nie chcę ich robić.

GL Skąd będą pochodzić pieniądze na zatrudnienie sekretarek?

Zwiększenie zatrudnienia w obrębie administracji medycznej, czyli sekretarek medycznych, przyniesie oszczędności w systemie, nie będzie dodatkowym kosztem. Etat sekretarki medycznej jest tańszy niż etat lekarza.

GL Tylko żeby nie oznaczało to zwalniania lekarzy...

Nie chciałbym, żeby tak było. Jeżeli młody lekarz, tak było w mojej w klinice, połowę czasu spędza nad dokumentacją, to dykcja albo musi zatrudnić więcej lekarzy, albo płać im nadgodziny.

GL Jakie przygotowanie będą miały sekretarki? Mamy już doświadczenia, że lekarze musieli po nich poprawiać.

Mamy też doświadczenia, że sekretarki poprawiały po lekarzach. Dobór kadr jest obciążony ryzykiem, ale zawsze powinniśmy dążyć do zatrudniania wykwalifikowanych pracowników.

GL Zmian wymaga też obecny system kształcenia. Jakie są perspektywy?

Chciałbym, żeby docelowo specjalizacja była dwumodułowa, znacznie uproszczona i nie wymagała dokumentowania wszystkich procedur, zaliczania dni czy godzin, tylko była oparta o kompetencje. Dla jednego rezydenta przeprowadzenie stu operacji nie wystarczy, a inny już po czterdziestu będzie potrafił dobrze zoperować chorego. Dlatego chciałbym przekazać znacznie większe uprawnienia kierownikowi

9211

– tyle łącznie wyniesie limit na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych w roku akademickim 2018/2019.

WYPEŁNIEŃ AMALGAMATOWYCH JEST TAK MAŁO, ŻE INWESTOWANIE GIGANTYCZNYCH PIENIĘDZY WE WSZYSTKICH GABINETACH W POLSCE JEST NIERACJONALNE.

specjalizacji, który zna specjalizanta, tak aby po pierwszym module młodzi mogli na własną odpowiedzialność wykonywać procedury.

GL Lekarze nie dostają wynagrodzenia za bycie kierownikiem specjalizacji. Powinni je otrzymywać?

Być może z czasem, kiedy wzrosną nakłady na ochronę zdrowia, gratyfikacja będzie możliwa. To, co możemy zrobić w tej chwili, to znacznie ograniczyć obowiązki kierownika do tych strictly merytorycznych i przywrócić relację mistrz – uczeń. Ja sam miałem specjalizantów, to jest przecież obowiązek wynikający z zasady wykonywania naszego zawodu. W Kodeksie Etyki Lekarskiej zapisane jest, że mamy dzielić się wiedzą. Dla mnie była to forma bardzo ciekawego kontaktu z młodymi umysłami. Pytania stawiane przez młodych zawsze skłaniały mnie do analizy, czy na pewno rozumiem to, co sam im tłumaczę. Takie kontakty są potrzebne, wnoszą dużo świeżości do zawodu.

GL Zwiększy się liczba miejsc rezydenckich?

Liczba miejsc rezydenckich jest od dwóch lat zwiększona do poziomu 6 tys. rocznie. Staramy się zwiększać liczbę miejsc w priorytetowych dziedzinach, gdzie są deficyty kadrowe. Fakty są jednak takie, że każdego roku kilkadziesiąt procent miejsc pozostaje niewypełnionych.

GL Obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej zacznie się od 1 stycznia 2019 r. Część placówek mówi, że nie jest do tego przygotowana. To termin nieodraczalny?

Niezależnie, jaką datę byśmy przyjęli, zawsze będzie grupa osób, która powie: „my nie jesteśmy gotowi”. Wiem jednak, że większość placówek ma wprowadzone systemy elektroniczne, przynajmniej większość szpitali. Fakty są nieubłagane – papierowa dokumentacja zniknie. Elektroniczna forma jest bezpieczniejsza dla pacjenta i wygodniejsza dla lekarza. W dwóch instytutach przeprowadzamy obecnie taryfikację grup JGP. W jednym z taryfikowanych instytutów, który został z informatyzowany, wystarczyła jedna osoba, by przeprowadzić analizę i zebrać dane z okresu półrocznego. W tym drugim, który „oszczędzał” na informatyzacji, wciąż pracuje nad tym około pięćdziesięciu osób. Bez informatyzacji racjonalne zarządzanie jednostką jest niemożliwe.

GL Czy w Ministerstwie Zdrowia powstanie jednostka dedykowana stomatologii?

Chcemy stworzyć taką jednostkę, bo rzeczywiście sprawy stomatologii są specyficzne, jak choćby wykonywanie zawodu lekarza dentystry bez specjalizacji. Wielu stomatologów nie posiada specjalizacji i z sukcesem leczy ludzi.

GL Co z obowiązkiem instalowania separatorów amalgamatu? Niektórzy od dawna nie używają takich wypełnień. Po co im separatory?

Obciążenie wszystkich gabinetów tym obowiązkiem jest absurdalne. Może należy stworzyć centra leczenia pacjentów z amalgamatem, które będą zajmowały się usuwaniem i utylizowaniem tego materiału, a lekarze dentyści będą takie wypełnienia zbierać i odsyłać do utylizacji. To trudny temat. Unia Europejska narzuciła nam takie przepisy, a my mamy się dostosować.

GL To może warto zaangażować środki unijne w zakup separatorów?

Szukamy możliwości. Wypełnień amalgamatowych jest tak mało, że inwestowanie gigantycznych pieniędzy we wszystkich gabinetach w Polsce jest nieracjonalne.

GL Stomatolog w gabinecie finansowanym przez NFZ często staje przed dylematem etycznym, czy leczyć pacjenta tak, jak pozwala koszyk, czy zgodnie z aktualną wiedzą medyczną?

To dylemat w wielu obszarach medycyny, nie tylko w stomatologii. Płatnik publiczny, gospodarując w sposób racjonalny publicznymi pieniędzmi, na pierwszym miejscu stawia liczbę pacjentów, którym można pomóc. Można kupić droższy sprzęt, ale wtedy pomoże się znacznie mniejszej liczbie osób. To dylemat moralny z zakresu etyki ekonomii medycznej. Czy poprawić jakość o kilka procent, zwiększając koszty o kilkadziesiąt? To może prowadzić do najdroższych terapii dla wąskiej grupy pacjentów i patrząc z perspektywy całego państwa, jest nieracjonalne. Leczenie najtańszymi, słabo skutecznymi metodami też jest złe. Należy znaleźć złoty środek.

GL Jak odnosi się pan, także jako lekarz, do nierealizowanych od lat postulatów trzech średnich krajowych dla specjalisty?

Zaproponowałem, jak dojść do takiego poziomu wynagrodzenia. Zapisaliśmy w ustawie wynagrodzenie 6750 zł brutto dla specjalisty, który zdecyduje się na etatową pracę w jednym szpitalu. Do tej pory pensja zasadnicza była niska, a dodatkowe wynagrodzenia za dyżury i świadczenia wyjazdowe rosły bardzo szybko, w takim tempie, że część pracodawców mówiła o nakręcającej się spirali rosnących wynagrodzeń. Jak wiemy, jest wielu lekarzy, którzy albo nie mogli uczestniczyć w tym wyścigu, albo nie chcieli. Dla nich dedykowane są te trzy średnie krajowe. Wymóg pracy w jednym szpitalu nie dotyczy specjalistów AOS, ponieważ ich brakuje.

GL Ogromnym problemem jest od jakiegoś czasu stwierdzanie zgonu i wypisywanie kart zgonu.

6750 zł

– takie wynagrodzenie brutto zapisano w ustawie dla specjalisty, który zdecyduje się na etatową pracę w jednym szpitalu.

Czy ministerstwo zamierza coś z tym zrobić? Przepisy regulujące ten obszar mają ponad 50 lat...

Wszyscy dostrzegamy pilną potrzebę zmian w tym zakresie. Lekarze często nie przyjeżdżają od razu, ponieważ muszą przyjmować pacjentów w przychodni. Jednocześnie spotykają się ze zgonami na tyle rzadko, że mają problem z merytorycznym wypełnieniem karty zgonu. Tymczasem w niej zawarte są podstawowe dane, na których opieramy się, tworząc politykę zdrowotną.

Poprosiliśmy już międzynarodowych ekspertów, by pomogli nam zmodernizować ten obszar. Zawodowy koroner z pewnością rozwiązałby problem szukania lekarza, który wypisze kartę zgonu, a także problem jakości danych, które trafiają do urzędów statystycznych i instytutów badawczych.

GL Jak idzie pilotaż e-recepty?

Znakomicie. Mamy już pierwsze bardzo znamienne dane: średnia wieku pacjenta, który otrzymał e-receptę, wynosi 54 lata. Ponad 1/3 pacjentów, którym wystawiono receptę elektroniczną, ukończyła 66. r.ż. Kolejne 33 proc. to pacjenci między 51. a 65. r.ż. Obawy, że dla seniorów e-recepta będzie nieakceptowalna, nie znajdują zatem potwierdzenia. To wspaniałe uczucie, kiedy widzi się, jak poszczególne elementy zaczynają zazębiać się i działać. Mamy już ustawę dającą zielone światło telemedycynie: można przez telefon skonsultować pacjenta i na tej podstawie wystawić receptę online, która od razu znajdzie się w aptece. Nowelizacja ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia dodatkowo umożliwi osobom niepełnosprawnym zamawianie przez internet leków, które apteka dostarczy do domu.

GL Co z Narodową Siecią Onkologiczną?

Zespół ekspertów, czołowych polskich onkologów, opracował koncepcję struktury instytutu – sieci, na wzór rozwiązania francuskiego, które uważane jest za najlepsze na świecie. Najważniejszym celem jest koordynacja leczenia i zapewnienie tej samej jakości pacjentom w całym kraju, niezależnie od miejsca zamieszkania. Nowy system leczenia zaczynamy wdrażać od jesieni tego roku, najpierw w jednym województwie jako pilotaż, a następnie w kolejnych, tak aby w 2020 r. cała polska onkologia funkcjonowała według zmienionych zasad. W połowie przyszłego roku, po pierwszym okresie trwania pilotażu, zaczniemy prace nad ustawą normującą nowy model polskiej onkologii.

GL Jaki ma pan pomysł na bardziej skuteczne egzekwowanie od pacjentów badań profilaktycznych?

Trzeba coraz częściej i głośniejszym głosem mówić, że pacjent powinien dbać o własne zdrowie i wykonywać badania profilaktyczne. Polacy bardzo nie lubią narzucania im kolejnych obowiązków, dlatego Ministerstwo Zdrowia prowadzi szereg działań edukacyjno-promocyjnych, które zachęcają Polaków do prowadzenia zdrowego trybu życia, a także promują kulturę powszechnej zgłaszalności na badania.

GL Może profilaktykę włączyć do medycyny pracy?

Profilaktyka musi mieć swoje miejsce, być mocno zakotwiczona w systemie. Ścierają się tutaj dwie koncepcje: oparcie jej

▲ **Prof. Łukasz Szumowski:**
– Trzeba coraz częściej i głośniejszym głosem mówić, że pacjent powinien dbać o własne zdrowie i wykonywać badania profilaktyczne.



na POZ lub właśnie na medycynie pracy. Pamiętajmy jednak, że medycyna pracy jest w większości prywatna – za badania płaci pracodawca. Z kolei POZ ma już bardzo dużo obowiązków, profilaktyka jest jednym z nich już od lat, i – jak wiemy z raportów – działa średnio. To temat do głębszych analiz.

GL Co daje Polsce podpisana niedawno umowa o współpracy z USA w obszarze nauk biomedycznych?

To pierwsza taka umowa od czterdziestu lat. Jest zatem wręcz historycznym wydarzeniem. Polskie nauki biomedyczne oraz polscy naukowcy zyskają dzięki niej ogromną szansę na rozwój i dostęp do zasobów wiedzy, doświadczenia oraz badań naukowych, którymi dysponują instytucje amerykańskie. W tym kontekście jest niezmiernie istotne, że tworzymy Agencję Badań Medycznych. To dla mnie bardzo ważny projekt, jeszcze pracując w Ministerstwie Nauki, rozmawiałem z ministrem Radziwiłłem o potrzebie utworzenia takiej jednostki, jako miejsca do prowadzenia niekomercyjnych badań klinicznych nad chorobami rzadkimi, chorobami sierocymi, populacyjnymi, a także nad epidemiologią. Dla ministra zdrowia będzie to narzędzie dla Evidence Based Politics, czyli podejmowania decyzji na podstawie faktów i wyników badań. Utworzenie takiej agencji potrzebne jest także do rozwoju międzynarodowej współpracy, wskazywali na to choćby w czasie rozmów w Waszyngtonie nasi amerykańscy partnerzy. Taka instytucja stwarza np. podstawę do przekazywania funduszy na finansowanie wspólnych projektów badawczych czy podpisywanie konkretnych umów pomiędzy instytutami badawczymi. ○

Siła postępu czy postęp na siłę?



Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Gdy w pierwszej połowie lat 90. rozpoczynałem pracę, w szpitalnych gabinetach lekarskich królowały mechaniczne maszyny do pisania. Cóż to był za klekot rozmaitych „łuczniaków”, „Predomów”, „Herkulesów”, „Robotronów”, tudzież dostojnych „Olympii”, gdy kilka par rąk, z reguły wyłącznie przy pomocy palców wskazujących, pracowicie wystukiwało wypisy.

Obowiązkowo przez brudzącą dłoń kalkę, wszak ślad tej żmudnej pracy musiał pozostać w historii choroby. Potem przyszedł czas maszyn elektrycznych. Te najnowocześniejsze pozwalały na prostą edycję tekstu. Tego typu urządzenia, choć na pewno wygodniejsze od mechanicznych, były w użyciu ledwie parę lat. Bo przyszedł czas komputerów, które na początku, do czasu zainstalowania w nich oprogramowania do obsługi placówek medycznych, też były tylko doskonalszymi maszynami do pisania. Ta rewolucja technologiczna z przełomu XX i XXI w. dokonała się nie bez oporów starszych lekarzy. Finalnie wszyscy byli jednak zadowoleni, bo z czasem nawet najwięksi oponenci przekonali się, że jeśli pisało się na maszynie, to coś za problem przestawić się na wystukiwanie literek na klawiaturze. Zwłaszcza że niejako w gratisie dostawało się możliwość korygowania tekstów do woli, tworzenia wzorców i szablonów. No i można było zapomnieć o kalkach. To była prawdziwa siła postępu.

Dzisiaj stoimy w obliczu kolejnej rewolucji technicznej. Z naszych biurów ma zniknąć papier. No może nie do końca, ale przynajmniej ten, na którym piszemy historię choroby, skierowania, zwolnienia i recepty. Już teraz w wielu szpitalach i przychodniach jest prowadzona wyłącznie dokumentacja elektroniczna. Ale to dopiero początek zmian. Od początku grudnia zwolnienia lekarskie mają być tylko w formie elektronicznej. Miesiąc później, tj. z nadejściem 2019 r., podobna zmiana obejmie historię choroby tworzone przez udzielających świadczeń ze środków publicznych. Informatyzacja ochrony zdrowia obejmie także wprowadzenie e-recepty i elektronicznych skierowań. Zmiany będą również dotyczyć pacjentów, którzy, by korzystać z publicznej ochrony zdrowia, będą musieli posłużyć się Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego, a od 1 stycznia 2023 r. alternatywnie e-dowodem.

Skoro o pacjentach mowa, to jak zawsze wszystko to dla ich dobra, a przy tym i nam ma być lepiej. Dobrych zmian wymienia się całe mnóstwo, nic zatem dziwnego, że pilotujący ich wprowadzenie urzędnicy aż cmokają z zachwyty, w jakiej to awangardzie technologicznej już niedługo się znajdziemy. I przez skromność nie wspominają, że sami na tej operacji zarobią, podobnie jak producenci rozmaitego soft- i hardware oraz właściciele systemów przechowywania e-danych. Dla informatycznego biznesu medyczna e-rewolucja będzie niekończącą się żyłą złota, bo przecież trzeba będzie serwisować oprogramowanie, wdrażać jego nowe wersje, gromadzić i przetwarzać powstające dzięki naszej pracy informacje.

Warto odrobinę wyteńczyć wzrok i dostrzec, że za stertą marchewek dla pacjentów i lekarzy ukryte są niebezpieczne kije. Opierać się wyłącznie na komputerach i dostępie do internetu to ogromne ryzyko groźnego dla zdrowia i życia paraliżu naszej pracy z wielu tzw. przyczyn technicznych. Nawet w czasach pokoju, nie mówiąc już o innych, znacznie gorszych czasach, których obyśmy nie musieli doświadczać. Zachowanie papierowo-długopisowej alternatywy jest więc konieczne, choćby w postaci uruchamianej jedną dyspozycją awaryjnej alternatywy. W przypadku zwolnień lekarskich i recept jestem za pozostawieniem lekarzom (i pacjentom!) wyboru, z jakiego rozwiązania chcieliby korzystać. Nie tylko w imię poszanowania wieloletnich przyzwyczajeń. Proszę zauważyć, że obowiązkowe e-recepty, nie wspominając już o innych e-drukach, staną się potencjalnym narzędziem inwigilacji, dając osobom niezwiązanym tajemnicą lekarską możliwość wglądu w te obszary naszego życia, które powinny należeć do najpilniej chronionych. Mało kto zwrócił uwagę, że pliki JPK, czyli potężny bank danych na temat naszej gospodarki, są gromadzone w chmurze należącej do prywatnej firmy obcego państwa. Nie znam szczegółów tej decyzji i być może było to najlepsze rozwiązanie z możliwych, ale jeśli tak, to jest to dowód, że nasza gotowość do zastąpienia tradycyjnej dokumentacji tą w formie bitów i bajtów to element propagandy sukcesu. ☹

Mamy wiele do zrobienia

Z **Jackiem Kozakiewiczem**, wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

GL Dlaczego zdecydował się pan objąć funkcję wiceprezesa NRL?

Z samorządem lekarskim jestem związany od chwili jego odrodzenia, tj. od 1989 r. Pełniłem w nim różne funkcje, zarówno na szczeblu okręgowym, jak i krajowym. ... W trakcie dotychczasowej działalności poznałem wielu wspaniałych ludzi, zdobyłem sporo doświadczenia, mam wiele pomysłów i energii, które mogę wykorzystać dla dobra wszystkich koleżanek i kolegów. Chciałbym budować naszą wspólnotę różnymi możliwymi sposobami, by wspierać najmłodszych, torować drogi dla najlepszych i nie zapominać o szacunku i pomocy dla najstarszych, w tym naszych mistrzów i nauczycieli.

GL Czym będzie się pan zajmował?

W obrębie Prezydium NRL dokonaliśmy podziału zadań, których realizację będziemy koordynować z udziałem m.in. komisji problemowych czy zespołów. Szczególne znaczenie przywiązuję do bieżących kontaktów z Ministerstwem Zdrowia, zespołem konsultantów krajowych czy Rzecznikiem Praw Pacjenta. Powinniśmy nie tylko reagować na bieżące sprawy, ale przede wszystkim mieć realny wpływ na kształtowanie prawa medycznego, tak często dziś niedookreślonego i nadmiernie „przytłaczającego” naszą lekarską działalność. Poprzez dialog z MZ i zespołem konsultantów krajowych oczekuję m.in. dalszej poprawy warunków dla kształcenia ustawicznego. Programy specjalizacji wymagają w niektórych dziedzinach korekty, pozwalającej na ich rzeczywistą realizację w obecnych warunkach polskiej ochrony zdrowia.

GL Jakimi sprawami samorząd powinien zająć się w pierwszej kolejności?

Odpowiedzi na to pytanie udzielił już niedawno wybrany prezes NRL prof. Andrzej Matyja w swoim wystąpieniu podczas KZL, cytowanym przez „Gazetę Lekarską”. Dokonał w nim trafnej diagnozy i wytyczył najważniejsze kierunki. Dla realizacji zamierzeń potrzebuje jednak szerokiego wsparcia, także ze strony swych najbliższych współpracowników.

GL Które obszary najpilniej wymagają poprawy?

To z pewnością tworzenie bezpiecznych warunków wykonywania odpowiedzialnego zawodu lekarza i lekarza dentystry, co jest nierozdzielnie związane z bezpieczeństwem zdrowotnym powierzonych nam chorych. „Bezpieczne warunki” to nie tylko godziwe wynagrodzenie. Nowa ustawa o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych nie uwzględniła wszystkich postulatów samorządu lekarskiego, ale jest krokiem w dobrym kierunku. Będziemy konsekwentnie szukać sprzymierzeńców dla osiągnięcia naszych celów. Jednym z przykładów było spotkanie przedstawicieli największych organizacji skupiających lekarzy i lekarzy dentystrów 1 sierpnia br. w NIL. Komunikat z tego spotkania nie pozostawiał złudzeń!



← **Jacek Kozakiewicz:**
– **Chciałbym budować naszą wspólnotę różnymi możliwymi sposobami, by wspierać najmłodszych, torować drogi dla najlepszych i nie zapominać o szacunku i pomocy dla najstarszych, w tym naszych mistrzów i nauczycieli.**

Niewątpliwie ważne są też działania na rzecz edukacji zdrowotnej polskiego społeczeństwa, nieustannie bombardowanego różnymi reklamami czy praktykami, niemającymi nic wspólnego z aktualną wiedzą medyczną. Medycyna partnerska, jakiej oczekują współczesne społeczeństwa, nie może polegać na skupianiu obowiązków tylko po jednej stronie (lekarze i inni pracownicy medyczni) przy braku zobowiązań ze strony drugiej. My też mamy swoje prawa – o czym przypomnieliśmy w wydanej Karcie Praw Lekarza (upowszechnianej w wielu OIL i stale dostępnej oraz aktualizowanej na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej), a odpowiedzialność za tzw. dobrostan zdrowotny ponoszą też pacjenci. Niemniej ważny jest wizerunek naszego środowiska. „Gdyby każdy Polak pracował tak, jak przeciętny polski lekarz, nasz kraj byłby miodem i mlekiem płynący” – te słowa wielkiego lekarza, prof. Franciszka Kokota, zarejestrowane przez nas w ŚIL na płycie DVD, powinny stanowić motto przewodnie kreowania wizerunku lekarza i lekarza dentystry.

GL Kadencja dopiero się rozpoczyna. Jakie wyznacza pan sobie cele do realizacji?

Umacnianie samorządności zawodowej (nie zawsze dobrze widzianej przez władze) wymaga stale poszerzanej współpracy z innymi samorządami zawodów zaufania publicznego oraz środowiskami uniwersyteckimi. Także dlatego, aby nasz głos w przestrzeni publicznej był lepiej słyszalny i rozpoznawalny. Mam już pozytywne doświadczenia z powstałego w 2016 r. w Katowicach Śląskiego Forum Samorządów Zaufania Publicznego (podobne funkcjonują w siedmiu innych województwach). Musimy wzmacniać i unowocześniać nasze narzędzia komunikacji ze wszystkimi koleżankami i kolegami. Otacza nas przecież „smog informacyjny”, w nim trzeba coraz sprawniej i coraz skuteczniej się poruszać. ○

GL
W Y W I A D

» Konferencja etyczna w Gnieźnie

Wielkopolska Izba Lekarska zaprasza na konferencję „Kodeks Etyki Lekarskiej wobec wyzwań współczesności – ciąg dalszy...”, która odbędzie się 13 października w Gnieźnie w Muzeum Początków Państwa Polskiego. Tytuł konferencji nawiązuje do poprzedniego spotkania zorganizowanego przez WIL i NIL w 2016 r., z której relacja znajduje się w numerze 11/2016 „Gazety Lekarskiej”.

W programie konferencji m.in. o poszanowaniu praw pacjenta, stosunkach wzajemnych między lekarzami, jakości opieki medycznej, pomocy chorym w stanach terminalnych. Zgłoszenia uczestnictwa przyjmowane są do 30 września u p. Katarzyny Michalskiej (katarzyna.michalska@wil.org.pl, tel. 783 993 919). Uczestnikom przysługują punkty edukacyjne. Udział lekarzy i lekarzy dentyistów jest bezpłatny. Liczba miejsc ograniczona. 

» Pro Bono Societatis Medicorum Pomeraniae — kandydatury

Do końca września można składać wnioski z propozycjami kandydatów do Pro Bono Societatis Medicorum Pomeraniae, nagrody Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku, ustanowionej w 2005 r. Jest ona przyznawana osobom zasłużonym dla dobra środowiska lekarskiego i samorządu na terenie działania gdańskiej izby. Otrzymują ją przede wszystkim lekarze i lekarze dentyści, ale laureatem może też zostać osoba spoza środowiska lekarskiego. 

» Nowa siedziba OIL w Szczecinie

W czasie Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, który odbył się pod koniec czerwca, podjęto decyzję o zakupie nieruchomości na nową siedzibę izby. Chodzi o budynek przy ul. Wieniawskiego 23 w Szczecinie. 8 sierpnia izba stała się oficjalnie właścicielem tego obiektu. Pod aktem notarialnym zakupu nieruchomości podpisali się prezes ORL Magda Wiśniewska i skarbnik izby Maciej Górski. 

» Rybnik: szukamy eksponatów do muzeum

Śląska Izba Lekarska informuje, że w związku z powstającym Muzeum Historii Medycyny i Farmacji w Rybniku, poszukiwane są eksponaty. Potrzebne są eksponaty oraz zdjęcia na stanowiska ekspozycyjne dotyczące m.in. okulistyki, otolaryngologii, kardiologii, ginekologii, a także sali operacyjnej lat 70. czy apteki z początku XX w. Ze szczegółową listą poszukiwanych przedmiotów można zapoznać się na stronach internetowych „Gazety Lekarskiej” i ŚIL. Osoby, które chciałyby przekazać potrzebne eksponaty do zasobów muzeum, proszone są o kontakt z agencją Adventure Multimedialne Muzea (Daria Laskowska, tel. 32 706 11 56; d.laskowska.adventure@gmail.com). Muzeum zlokalizowane będzie na terenie dawnego szpitala „Juliusz” w Rybniku. Otwarcie zaplanowano na przełom 2019/2020 r.

Jak informuje Jacek Kozakiewicz, przewodniczący Rady Programowej Ośrodka Dokumentacji Historycznej Śląskiej Rady Lekarskiej i wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej, niezależnie od powyższego ODH ŚIL nadal poszukuje i gromadzi pamiątki po lekarzach, dzięki którym Górny Śląsk zaśląnął w świecie medycznym. W tej sprawie należy kontaktować się z p. Katarzyną Fulbiszewską (tel. 32 60 44 263; odh@izba-lekarska.org.pl). 

» „Między nami lekarzami”

Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu oraz Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego zapraszają na konferencję „Między nami lekarzami”. Spotkanie odbędzie się 20 października w sali konferencyjnej dolnośląskiej izby, w ramach VI Dolnośląskich Jesiennych Dni

Stomatologicznych „Medycyna z Głową – ABC Urazów Zębów i Części Twarzowej Czaszki”.

W programie znalazły się m.in. zagadnienia na temat złamań twarzoczaszki w praktyce lekarskiej, specyfiki urazów zębów u dzieci, antybiotykoterapii w stomatologii. Uczestnikowi konferencji przysługują 7 punktów edukacyjnych. 

» Lublin: wsparcie prawne dla lekarzy

– **Od września wprowadzamy dla lekarzy i lekarzy dentyków, członków Lubelskiej Izby Lekarskiej**, dwa nowe rozwiązania mające na celu zapewnienie dodatkowej opieki prawnej – informuje Leszek Buk, prezes ORL w Lublinie na stronie internetowej izby. Pierwsze z nich to dostęp do 24-godzinnej opieki prawnej zapewnionej dzięki umowie z Lex Secure. Usługa ta gwarantuje stały dostęp do prawnika i pomocy w rozwiązywaniu zagadnień prawnych we

wszystkich sytuacjach, zarówno w sprawach zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków jak i w sprawach prywatnych.

Lekarze i lekarze dentyści lubelskiej izby, w ramach porozumienia z Wolters Kluwer Polska, zyskują też bezpłatny dostęp do platformy internetowej „Lex Ochrona Zdrowia”. Serwis zawiera bazę stale aktualizowanych aktów prawnych, praktycznych komentarzy, wzorów pism i analiz. [O](#)

» Lekarskie „Pożegnanie Lata”

Komisja ds. Kultury, Sportu i rekreacji ORL w Szczecinie organizuje 16 września festyn. Impreza odbędzie się w Gospodarstwie Agroturystycznym Smętowice. W programie przewidziano wiele atrakcji dla dzieci, odbędzie się także zbiórka publiczna „Lekarze – Dzieciom”. Spotkanie dla członków izby (zgłoszenia mailem lub telefonicznie), udział jest bezpłatny. [O](#)

» Informatorium w śląskiej izbie

Śląska Izba lekarska stworzyła miejsce, dzięki któremu lekarze mogą łatwiej i szybciej załatwiać swoje sprawy. W Informatorium, które działa od sierpnia na parterze Domu Lekarza przy ul. Grażyńskiego 49a, można składać wszystkie pisma oraz pobierać i składać wnioski, a także zasięgnąć niezbędnych informacji, do którego pokoju izby należy udać się z konkretną sprawą. [O](#)

» Piknik Lekarski we Wrocławiu

Klub Lekarza wraz z Dolnośląską Izbą Lekarską organizują Piknik Lekarski dla członków dolnośląskiej izby wraz z rodzinami (wstęp bezpłatny, nie obowiązują zapisy). Wydarzenie zaplanowano na 8 września w Centrum Historii Zajezdnia we Wrocławiu. W ramach atrakcji: zwiedzanie Centrum Historycznego Zajezdnia, zabawa w klimacie lat 80-tych, przejażdżka pojazdami z epoki, kiermasz lekarski, a także liczne zabawy dedykowane dzieciom. [O](#)

» Małopolski Tele-Anioł — rekrutacja

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie prosi lekarzy POZ o zamieszczenie w swoich gabinetach informacji na temat projektu Małopolski Tele-Anioł, współfinansowanego z funduszy unijnych, realizowanego przez Województwo Małopolskie w partnerstwie z Caritas Diecezji Kieleckiej oraz Stowarzyszeniem Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego z Suchej Beskidzkiej.

Celem projektu jest zorganizowanie systemu opieki z wykorzystaniem nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych. Do 10 tys. osób trafią specjalne opaski z kartą SIM, dzięki którym będą mogli szybko wezwać pomoc. W ramach projektu przewidziano również wsparcie dla seniorów i osób niesamodzielnych w ich domu. Trwa rekrutacja uczestników. [O](#)

» Bydgoskiej izbie potrzebna jest nowa siedziba?

We wrześniowym numerze „Primum”, biuletynie Bydgoskiej Izby Lekarskiej, otwarto dyskusję, czy izba potrzebuje nowej siedziby. Jako pierwszy w tej sprawie głos zabrał Stanisław Prywiński, były prezes BIL. Jego zdaniem obecna siedziba nie spełnia współczesnych wymagań i potrzeb członków samorządu i jego organów. Autor tekstu zwraca m.in. uwagę na fakt, iż obecne pomieszczenia nie gwarantują intymności ani ochrony danych osobowych interesantów, a np. rozprawy sądowe odbywają się w salach przeznaczonych na szkolenia, spotkania i uroczystości izbowe. Wymienia także inne niedogodności, z którymi trzeba się mierzyć i wskazuje, że nowa siedziba jest konieczna, a najlepszym rozwiązaniem byłby zakup odpowiedniej wielkości działki i budowa nowego budynku. Redakcja biuletynu zachęca do nadsyłania kolejnych opinii w tej sprawie. [O](#)

» Białystok: powołano pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy

Okręgowa Rada Lekarska w Białymstoku podjęła decyzję o utworzeniu stanowiska pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy. 11 kwietnia br. powołano na tę funkcję Witolda Olańskiego, który na łamach biuletynu białostockiej izby przedstawił obszar swoich działań. Pełnomocnik zajmuje się przede wszystkim sprawami dotyczącymi uzależnień i problemów psychicznych/psychiatrycznych w środowisku lekarskim, ale też prowadzi działalność pomocową. Z problemem mogą się do niego zgłosić zarówno lekarze, jak i członkowie rodzin. [O](#)

Bronimy godności

Z **Jackiem Miarką**, przewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego VIII kadencji, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

GL
W Y W I A D

GL Jak został pan sędzią sądu lekarskiego?

Pierwszy kontakt z rozpatrywaniem skarg na lekarzy miałem jako młody człowiek pracujący w Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Katowicach, gdy szef wysyłał mnie na tzw. komisje kontroli zawodowej. Byłem wówczas jedynym lekarzem w składzie orzekającym. O sądzie lekarskim usłyszałem od tych, którzy praktykowali jeszcze przed wojną. To oni zaszczytlili we mnie olbrzymi szacunek do niego. Doktor Rosyk ze Lwowa opowiadał na przykład, że przed wojną lekarz nie bał się sądu powszechnego, bo jeśli miał dobrego adwokata, był w stanie się wybronić, ale do sądu lekarskiego szedł na miękkich nogach, gdyż wiedział, że będą go oceniać ludzie doskonale znający tajniki zawodu, że prawdziwa odpowiedzialność jest przed sądem lekarskim. Dlatego kiedy reaktywowano samorząd, postanowiłem zająć się tym tematem. Przez pierwszą kadencję byłem członkiem OIL w Opolu, w kolejnej pełniłem funkcję przewodniczącego okręgowego sądu lekarskiego, a potem przez kolejnych pięć kadencji, czyli przez 20 lat, pracowałem jako sędzia Naczelnego Sądu Lekarskiego. I miałem olbrzymie szczęście, bo zaczynałem orzekać z wybitnymi prawnikami – sędziami Sądu Najwyższego. To od nich uczyłem się prowadzić rozprawę.

GL Z jakich powodów lekarze zostają postawieni przed sądem?

To, co najczęściej doprowadza do popełniania błędów, to warunki pracy, zła organizacja, przeciążenie obowiązkami. Niedopuszczalne jest, żeby lekarz, pełniąc dyżur, miał pod swoją opieką dwa, a nawet trzy oddziały. W takiej sytuacji nietrudno o błąd. Jako orzekający lekarze, znamy realia wykonywania tego zawodu, dlatego jesteśmy w stanie ocenić, czy pomyłka, do której doszło, została spowodowana przez nieuwagę, niedbalstwo, brak kompetencji czy przeciążenie obowiązkami, które narzucają dyrektorzy szpitali i przepisy Narodowego Funduszu Zdrowia.

Bardzo często mamy wątpliwości co do winy. Zdarza się, że sądymy np. lekarza, wielokrotnie jest to młody rezydent, który ma 15 dyżurów miesięcznie. Wiemy, że przy takim obciążeniu pracą jego wydolność intelektualna spada, a możliwość popełnienia błędu znacząco rośnie. Orzekając, staramy się brać te wszystkie okoliczności pod uwagę. I z żalem muszę stwierdzić, że nie trafiają do nas sprawy tych, którzy są naprawdę odpowiedzialni – dyrektorów zarządzających placówkami medycznymi,

gdyż to właśnie oni najczęściej są odpowiedzialni za złą organizację pracy i przeciążenie lekarzy.

GL No właśnie, czy lekarz, który pełni funkcje administracyjne, może być pociągnięty do odpowiedzialności przed sądem lekarskim?

Uważam, że tak. Jest lekarzem. To on podejmuje decyzję, czy chce być dyrektorem. Jeżeli uzna, że przepisy uniemożliwiają mu dobrą organizację pracy, może odejść. Kontrolerskie będą też wypowiedzi medialne naszych kolegów, którzy obejmując wysokie funkcje w polityce, zapominają, że są lekarzami. Jeżeli ktoś chce być politykiem, może powinien rozważyć zawieszenie prawa wykonywania zawodu na czas, kiedy z różnych powodów wypowiada się w sposób daleki od norm określonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

GL Niekiedy pada zarzut, że pion odpowiedzialności zawodowej jest zbyt pobłażliwy.

To zarzut całkowicie niezasadny. Musimy dbać o godność zawodu lekarza, a to oznacza, że jesteśmy surowi, kiedy ta godność jest naruszana. Walcząc o dobre imię środowiska, walczymy z patologią. Jesteśmy w bardzo trudnej sytuacji, bo od wielu lat lekarze są ulubionym celem ataków wszystkich, przede wszystkim mediów. Roszczeniowość społeczeństwa rośnie. Mamy tego świadomość, jednak w sytuacjach, kiedy dochodzi do patologii, musimy być surowi. Sąd powszechny w sprawach karnych może orzec o winie lekarza i zawiesić mu prawo wykonywania zawodu maksymalnie na pięć lat. My możemy mu je odebrać na zawsze.

GL Błędy się zdarzają...

Oczywiście i każdy, kto zdecyduje się być lekarzem, musi mieć świadomość, że tego zawodu nie da się wykonywać bezbłędnie. Popełnianie błędów jest wpisane w naszą pracę. Medycyna to nie matematyka, ale sztuka – powodzenie w dużej mierze zależy od intuicji i doświadczenia. Jeżeli lekarz twierdzi, że nigdy się nie myli, to trzeba się go bać. Uczciwie postępuje ten, który potrafi przyznać się do pomyłki i wziąć na siebie odpowiedzialność. Pracuję już 43 lata i wiem, że nie ma ludzi nieomylnych. Ja sam najmądrzejszym lekarzem czułem się po skończeniu stażu. Z czasem nauczyłem się pokory. Kiedy skończyłem medycynę w 1975 r., miałem 22 lata. Zaczynałem od psychiatrii, potem przez wiele lat pracowałem w pogotowiu. Zrobiłem specjalizację z neurologii, następnie

z interny i kardiologii. Doktoryzowałem się z diabetologii. Byłem adiunktem w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych Śląskiej Akademii Medycznej. Skończyłem też studia pedagogiczne, które były niezbędne do pracy ze studentami. Od 30 lat jestem ordynatorem dużego oddziału internistyczno-kardiologicznego w Nysie. W tym roku przechodzę na emeryturę, bo uważam, że powinno się decydować na ten krok, będąc jeszcze w pełni sił. Będę miał więcej czasu na działalność samorządową.

➤ **Jacek Miarka:**
– Musimy dbać o godność zawodu lekarza, a to oznacza, że jesteśmy surowi, kiedy ta godność jest naruszana.



Lekarskiej i ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a jedynie w tych obszarach, w których nie są one wydolne, korzystać z kodeksu karnego.

GL Jakie wyzwania stoją przed orzecznictwem lekarskim?

Na pewno europejski rejestr IMI. Zgłoszono do niego już ponad 20 spraw dotyczących lekarzy z Polski, którzy pracują za granicą, najwięcej z Wielkiej Brytanii. Jedna jest już rozpatrywana przez polski sąd lekarski. Obwiniona została skreślona z listy lekarzy w Wielkiej Brytanii, co oznacza, że odebrano jej prawo wykonywania zawodu na pięć lat. Teraz polski samorząd musi rozpatrzyć tę sprawę. Ponieważ ustawodawca nie pomyślał o uregulowaniu roszczeń międzynarodowych, będziemy musieli sami wypracować postępowanie w takich sprawach i odwoływać się w przyszłości do pierwszego orzeczenia Sądu Najwyższego, który rozstrzygnie kasację orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego. Nad tym tematem, i nie tylko, współpracujemy z rzecznikami odpowiedzialności zawodowej.

GL Jak układa się ta współpraca?

Nazwałbym ją szorstką przyjaźnią, ale zawsze dochodzi my do porozumienia.

GL A z sądami okręgowymi?

Są częścią NSL. Sędziowie stworzyli nic porozumienia, by wzajemnie sobie pomagać. Co roku spotykamy się na wspólnym szkoleniu. Podobne szkolenie odbywamy także z rzecznikami odpowiedzialności zawodowej.

Największym problemem, z którym będę musiał się zmierzyć w tej kadencji, są braki kadrowe. Zawsze obradujemy w pięcioosobowym składzie i zgodnie z ustawą w NSL powinno być 60 sędziów, a jest 36. W praktyce oznacza to, że mamy zaledwie 3-4 pełne składy. To one biorą cały ciężar orzecznictwa, a nie zapominajmy, że sprawy są coraz bardziej złożone i skomplikowane.

GL Co powinno się zmienić w pracy sądów na poziomie OSŁ i NSL?

Orzekając, poszliśmy trochę za bardzo w stronę kodeksu karnego. Strony postępowania zatrudniają najlepszych prawników, nierzadko są to gwiazdy palestry z całej Polski. To oni narzucają nam ten kierunek. My powinniśmy orzekać, bazując przede wszystkim na zapisach Kodeksu Etyki

GL Co stanowi największą trudność w orzekaniu?

Przewlekłość postępowań. Sprawy trafiają do nas zbyt późno, a na przeprowadzenie postępowania jest zaledwie pięć lat od momentu zajścia zdarzenia. Osoba pokrzywdzona ma trzy lata na zgłoszenie się do rzecznika. Zostają więc dwa lata na przejście przez wszystkie etapy postępowania. Rzecznicy często proszą o wydłużenie czasu na postępowanie wyjaśniające. Sąd okręgowy też tego czasu potrzebuje. Na końcu sprawa trafia do nas. I tu najczęściej zaczynają się prawnicze hołupce. Zmora są zwolnienia lekarskie pełnomocników, dostarczane na dzień przed rozprawą. Pełnomocnicy celowo, ale w granicach prawa, opóźniają postępowanie. W efekcie przedawnia się nawet do 20 proc. spraw. Musimy przyspieszyć.

GL Przed którym sądem wolałby pan stanąć – lekarskim czy powszechnym?

Łatwiej byłoby mi obronić się przed sądem powszechnym. Wolałbym jednak odpowiadać przed sądem lekarskim, bo wiem, że tam dokonano by uczciwej i merytorycznej oceny mojego postępowania, wzięto pod uwagę wszystkie przesłanki, których sąd powszechny nie bierze, bo nie jest w stanie ich dostrzec.

Ludzie, którzy pracują w pionie orzecznictwa lekarskiego, to pasjonaci. Niejednokrotnie rezygnują z pieniędzy w zawodzie, okradają też z czasu własne rodziny, żeby zrobić coś dobrego dla samorządu lekarskiego i swoich kolegów lekarzy. Dlatego przykre jest, gdy słyszy się opinie, że samorząd nie jest po to, by karać lekarzy. Jeśli nie ma podstaw, nigdy tego nie robimy. Pamiętajmy jednak, że w każdej grupie zawodowej, także w naszej, zdarzają się patologie. Sąd lekarski jest po to, by je wychwytywać i eliminować, dla dobra całego naszego środowiska. ○

**UCZCIWIE POSTĘPUJE TEN, KTÓRY POTRAFI
PRYZNAĆ SIĘ DO POMYŁKI I WZIĄĆ NA SIEBIE
ODPOWIEDZIALNOŚĆ.**

To będzie przejście

GL
WYWIAD

Z **Michałem Bulsą**, przewodniczącym Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



➤ **Michał Bula:**
– Moją wizją na te cztery lata kadencji jest, by młodzi lekarze stali się partnerami dla władz i współdecydowali o przyszłości ochrony zdrowia oraz losach naszej grupy zawodowej.

GL Po raz pierwszy w historii samorządu lekarskiego przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy zostaje członkiem Prezydium NRL. Jak pan to przyjął?

Nie ukrywam, że to dla mnie nobilitacja, ale przede wszystkim wyzwanie, szczególnie w kontekście ostatnich działań podejmowanych przez młodych lekarzy. Mam na myśli działania Porozumienia Rezydentów OZZL, które wpuszcilo do naszego środowiska dużo świeżego powietrza, spowodowało, że wielu młodych lekarzy odebrało je łącznie z protestem jako zachętę, by zmieniać rzeczywistość. Zorganizowaliśmy się wokół tej idei i jestem dumny, że jestem jej częścią. Idea ta jasno określa, że jeśli czegoś nie zrobimy, będziemy brnąć dalej w bezsens sytuacji, w jakiej znalazła się służba zdrowia. A więc na swoją pozycję w samorządzie ciężko pracowaliśmy przez ostatnie 3-4 lata zarówno na szczeblu izb okręgowych, jak i szczeblu centralnym. To dlatego dostrzeżono w nas potencjał i możliwa stała się tak ścisła współpraca.

GL To rewolucja czy ewolucja?

Revolucja oznacza burzenie starego i od podstaw budowanie nowego, a nam chodzi o ewolucję. Ponieważ samorząd miał swoje dobre i złe strony, tego, co funkcjonuje sprawnie, nie należy ruszać, a tam, gdzie panuje zastój, trzeba dokonać zmian. Postrzegam to jako przejście z jednej rzeczywistości w drugą. Zawsze byliśmy we władzach samorządu nielicznie reprezentowani, dopiero w tej kadencji zmiana jest zauważalna. W Naczelnej Radzie Lekarskiej aktualnie zasiada 11 młodych lekarzy, w składzie Prezydium NRL oprócz mnie jest jeszcze doktor Artur Drobniak, który piastuje funkcję zastępcy sekretarza. Jesteśmy świadomi odpowiedzialności, jaka na nas spoczywa, chcemy też sprostać zaufaniu, jakim nas obdarzono.

GL Od członków Prezydium NRL wymaga się nie tylko zaangażowania, ale dogłębnego rozeznania, ponieważ tam zapadają kluczowe decyzje. Nie czuje pan presji?

Oczywiście, że czuję, ale przez te ostatnie lata poznałem kompetentnych ludzi, oddanych pracy w samorządzie, takich, którzy bardzo wiele zrobili dla polskiej medycyny, a także zniechęconych, napotykać na mur, kiedy chcieli coś zmienić. Te kontakty pozwolą mi czerpać z ich doświadczeń. Sam także zebrałem spore doświadczenie w pracy na szczeblu okręgowym i krajowym samorządu oraz pracy w ramach Porozumienia Rezydentów OZZL, gdzie miałem zaszczyt pełnić funkcję przewodniczącego.

Samorząd lekarski jest naszym dziedzictwem i myślę, że to dziedzictwo można dobrze wykorzystać. Moją wizją na te cztery lata kadencji jest, by młodzi lekarze stali się partnerami dla władz i współdecydowali o przyszłości ochrony zdrowia oraz losach naszej grupy zawodowej. Pragnę też zacieśnić więzy z młodymi lekarzami z okręgowych izb lekarskich. Powinniśmy wiedzieć, co dzieje się w okręgach i natychmiast reagować, jeśli tam dzieje się źle, np. w sprawie jakości szkoleń specjalizacyjnych. Są izby, np. Wielkopolska Izba Lekarska, w której młodzi lekarze są bardzo aktywni, realizują ambitne projekty, a są takie, które wymagają wsparcia. Z jednej strony potrzebujemy doświadczenia starszych kolegów, z drugiej powinniśmy wytyczać nowe kierunki.

GL Czyli więcej reakcji?

Mówi się, że izba powinna być dla lekarza, a nie lekarz dla izby i chcemy zrobić wszystko, aby to założenie stało się prawdziwe, bo z tym bywało różnie. Poruszamy się w skomplikowanej prawnie rzeczywistości i nie uciekniemy od rozbudowanej administracji, ale w sprawach pilnych, jeśli jest problem, musi być reakcja. To styl działania, który pokazało nam Porozumienie Rezydentów OZZL i chcielibyśmy pójść tym tropem.

Jest wielu ludzi, którzy pragną pracować w samorządzie, mają wiedzę i chęć, ale trzeba ich w tej liczącej 170 tys. lekarzy grupie zauważyć i wyłuskać. Sam jestem rezydentem, w trakcie specjalizacji z ginekologii i położnictwa, z autopsji wiem, co boli młodych lekarzy, jakie są ich oczekiwania, zarówno jeśli chodzi o system kształcenia, jak i wynagrodzenia czy warunki pracy. Problemów wymagających naszej reakcji jest więcej – dyżury medyczne, jakość kursów – wszędzie jest duże pole do działania, ale trzeba chcieć się nimi zająć. ○

Andrzej Witold Włodarczyk

(13.11.1952-29.07.2018)

Wczesny ranek 29 lipca 2018 r. przyniósł niezwykle smutną wiadomość – o śmierci dr. n. med. Andrzeja Włodarczyka.

📍 MIECZYŚLAW SZATANEK



Warszawskie środowisko medyczne straciło kolejną ważną postać – mistrza sztuki medycznej. Odszedł znany, cieszący się wielkim autorytetem i szacunkiem chirurg, ceniony nauczyciel i wychowawca młodszych w zawodzie kolegów, oddany pacjentom lekarz, współtwórca dorobku i historii warszawskiej służby zdrowia. Człowiek o wielkiej społecznej pasji, zaangażowany w prace samorządu i środowiska lekarskiego, o którego godną rangę walczył. Bezkompromisowy wyznawca wzniosłych ideałów, którym pozostał wierny również w czasie długiej, trudnej choroby.

Andrzej urodził się 13 listopada 1952 r. w Warszawie. W 1979 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Warszawskiej Akademii Medycznej. I stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej uzyskał w 1982 r., II – w 1988 r. W tym samym roku na II Wydziale Lekarskim AM w Warszawie otrzymał tytuł doktora nauk medycznych. W 2002 r. ukończył elitarnie Podyplomowe Studium Ekonomiki Zdrowia na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego.

Jego drogę życiową wypełniały nauka, praca zawodowa i obowiązki społecznika. Od 1976 r. pracował w warszawskim pogotowiu ratunkowym, potem jako chirurg w szpitalach: Śródmiejskim przy Solcu, Bródnowskim

i Szpitalu im. prof. W. Orłowskiego CMKP. Był pracownikiem dydaktycznym w Klinice Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Przez kilkanaście lat pełnił funkcję konsultanta chirurgicznego w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym „Inflancka” w Warszawie. W latach 2007-2008 i 2011-2012 piastował stanowisko podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Był wicedyrektorem ds. leczenia w Wojewódzkim Szpitalu Bródnowskim, potem kierownikiem i dyrektorem Instytutu Reumatologii im. prof. Eleonory Reicher. Od kwietnia 2016 r. był: koordynatorem izby przyjęć, koordynatorem medycznym w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie, adiunktem na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie, kierownikiem Katedry Zdrowia Publicznego, Epidemiologii i Mikrobiologii Wydziału Nauk o Zdrowiu i – do 30 czerwca 2018 r. – dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie. Do ostatnich chwil pracował, jeszcze w maju dyżurował na SOR w Szpitalu na Solcu w Warszawie.

Członek Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji. Od 2011 do 2015 r. wiceprezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

➤ 26 maja
2018, podczas
głosowania
na XIV Krajowym
Zjeździe Lekarzy.



Przez wiele lat był związany z samorządem lekarskim, przez dekadę kierował Okręgową Radą Lekarską w Warszawie, pełnił też rolę wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, potem jej członka, wielokrotnie delegata na zjazdy krajowe i okręgowe. Samorządowi lekarskiemu poświęcił znaczną część swojego życia.

W okresie jego przewodniczenia Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie rozwijała wszechstronną działalność. Andrzej uporządkował wiele spraw administracyjnych, dbał o właściwe relacje z Warszawskim Uniwersytem Medycznym, towarzystwami naukowymi i samorządami zawodów medycznych oraz menedżerami opieki zdrowotnej.

FOTO: MARTA JAKUBIAK

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość,
że z lekarskiego grona odszedł

dr n. med. Andrzej Włodarczyk

wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
w Warszawie oraz delegat na Krajowy i Okręgowy Zjazd Lekarzy,
doświadczony specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej.

Zegnamy lekarza aktywnie wspierającego działania samorządu i nauczyciela
wielu pokoleń medyków, dyrektora Narodowego Instytutu Geriatrii,
Reumatologii i Rehabilitacji, odznaczonego Krzyżem Oficerskim Orderu
Odrodzenia Polski, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach
2007-2008 oraz 2011-2012.

Rodzinie, Bliskim, Współpracownikom i wszystkim, którzy mieli zaszczyt
znać Pana Doktora, składamy wyrazy szczerego współczucia.

Andrzej Matyja

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej z Nacelną Radą Lekarską

Jolanta Orłowska-Heitzman

Przewodnicząca Naczelnej Komisji Rewizyjnej z Członkami NKR

Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej z zespołem Zastępców
Jacek Miarka

Przewodniczący Nacelnego Sądu Lekarskiego z Sędziami NSL

Z głębokim smutkiem i poczuciem niepowetowanej straty
przyjęliśmy wiadomość o śmierci

dr. n. med. Andrzeja Włodarczyka

wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej,
prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, delegata na Krajowy
i Okręgowy Zjazd Lekarzy,
dyrektora Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji,
odznaczonego Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski,
podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2007-2008 oraz 2011-2012,
nauczyciela wielu pokoleń medyków.

Dr n. med. Andrzej Włodarczyk był znakomitym chirurgiem
mocno zaangażowanym w sprawy samorządu lekarskiego,
także dolnośląskiego.

Zachowamy Go we wdzięcznej pamięci.

Łączymy się w bólu i składamy wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie, Najbliższym i Przyjaciółom.

Prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr n. med. Paweł Wróblewski
oraz Dolnośląska Rada Lekarska



◀ 19 maja 2018, na XXXIX Nadzwyczajnym Wyborczym Okręgowym Zjeździe Lekarzy w Warszawie.

i, co szczególnie ważne, na obchodach XX-lecia tej organizacji jako wiceminister zdrowia.

Długa lista tytułów, stanowisk i zasług nie oddaje w pełni tego, jakim był człowiekiem. Miałem szczęście i honor pracować u Jego boku przez blisko piętnaście lat. Podziwiałem w Andrzeju siłę i determinację, z jakimi włączał się i angażował w wiele spraw, które przeżywał całym sobą – podekscytowany, czasami nerwowo, zawsze oddany sprawie. Szczery i bezkompromisowy, był trudnym partnerem sporów dla tych, którzy uciekali się do manipulacji i fałszywych obietnic.

Mimo licznych obowiązków społecznych do końca nie tracił kontaktu z zawodem lekarza.

Jego odejście to bolesna strata. Będzie nam brakowało Jego mądrej rady, trzeźwej oceny rzeczywistości, opiekuńczości, jaką otaczał kolegów w trudnych sytuacjach życiowych, i dobroci płynącej z głębi Jego duszy.

Za działalność zawodową i społeczną dr Andrzej Włodarczyk otrzymał liczne dyplomy, podziękowania i odznaczenia, a w 2007 r. został odznaczony przez prezydenta Lecha Kaczyńskiego Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski za działalność opozycyjną w stanie wojennym.

Dziękując losowi, że pozwolił nam spotkać człowieka tej miary, człowieka, który w chwilach twardej walki politycznej przeciwko lekarzom miał odwagę stanąć w ich obronie, mamy świadomość, jak wielu pozostało z wiecznym u Niego długiem.

Cześć Jego pamięci.

Z głębokim żalem i bólem przyjęliśmy wiadomość o przedwczesnej śmierci

pana Doktora Andrzeja Włodarczyka,

wspaniałego Człowieka, naszego Przyjaciela od 18 lat. Był zawsze z nami przy najważniejszych wydarzeniach w życiu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich we Lwowie. Podziwiamy jego odwagę i patriotyzm, wykazane publicznie we Lwowie w 2001 r.

Niestety ostatnie nasze spotkanie odbyło się w październiku 2017 r., kiedy to, nie zważając na ciężką chorobę, Pan Andrzej był z nami we Lwowie.

Drogi nasz Przyjacielu, niech ziemia będzie Ci puchem, a pamięć o Tobie wieczną.

Składamy wyrazy najserdeczniejszego współczucia i łączymy się w ból i cierpieniu z Małżonką Andrzej, Panią Ewą Gwiazdowicz-Włodarczyk.

Ewelina Hrycaj-Małańcz
Stowarzyszenie Lekarzy Polskich we Lwowie

Bywa, że życie przybiera smak i kolor popiołu.

Wraz z odejściem **doktora Andrzeja Włodarczyka** – kolegi lekarza, działacza samorządowego, przyjaciela, taką szarością okryło się środowisko lekarskie.

Żegnając Go, łączymy się w żalu i smutku po tej stracie z rodziną, a jego żonie Ewie Gwiazdowicz-Włodarczyk, redaktor naczelnej warszawskiego „Pulsu”, kierującej Biurem Prasowym NIL i naszej koleżance, składamy szczerze wyrazy współczucia i wsparcia.

Redakcja i Kolegium Redakcyjne „Gazety Lekarskiej”

Ewuniu,
w takich chwilach żadne słowa nie są wystarczającą pociechą, ale pamiętaj, że czas przywraca życiu jego barwy.

Zepsuty tomograf

„Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas” [art. 8 KEL].

O godz. 12.05 zespół ratownictwa medycznego przywiózł na szpitalny oddział ratunkowy pacjenta po urazie głowy, którego doznał w wyniku ataku padaczkowego. Pacjent był w dobrym stanie, z dobrym kontaktem.

W wywiadzie ustalono, że cierpi na ciężką postać hemofilii. Lekarz dyżurny zaopatrzył ranę potylicy. Zlecił podanie środków przeciwbólowych. Nie przeprowadzono jednak żadnych badań laboratoryjnych ani obrazowych. Tomograf komputerowy w dniu zdarzenia (w godz. 11.38-14.17) był nieczynny, usuwano awarię. Nie podjęto jednak decyzji o przetransportowaniu chorego do innego szpitala, by wykonać TK. Pacjent został wypisany o godz. 13.30 z zaleceniem podania czynnika krzepnięcia VIII we własnym zakresie. Po powrocie do domu, ok. godz. 15.00, chory stracił przytomność. Wezwany na miejsce zespół ratownictwa medycznego ponownie zdecydował o przywiezieniu nieprzytomnego już wówczas chorego do

szpitala. Była godz. 16.20. Wykonano TK głowy, podano czynnik krzepnięcia VIII. Obwiniony lekarz, który wcześniej zaopatrzył chorego, tym razem skonsultował się z Instytutem Hematologii i Oddziałem Neurologii co do sposobu leczenia. Chorego skierowano na oddział chirurgii, gdzie po wykonaniu TK mózgu stwierdzono pogorszenie się obrazu i ewolucję zmian krwotocznych. Pacjenta przeniesiono na oddział intensywnej terapii, a jego stan określono jako ciężki: był zaintubowany i wentylowany mechanicznie, miał jednostronny niedowład. Został wprowadzony w śpiączkę farmakologiczną, włączono intensywne leczenie przeciw obrzękowi mózgu. Pacjent zmarł.

Po niespełna roku matka zmarłego złożyła skargę do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, który po zapoznaniu się ze sprawą zakwalifikował zaistniałą sytuację jako przewinienie zawodowe z art. 8 KEL w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, a następnie przekazał

ją do okręgowego sądu lekarskiego. OSŁ uznał obwinionego lekarza winnym i orzekł wobec niego karę ograniczenia wykonywania zawodu na 1,5 roku w zakresie zakazu pracy w lecznictwie zamkniętym, a w ambulatoryjnym z możliwością pracy wyłącznie pod nadzorem. Pełnomocnik obwinionego odwołał się do Naczelnego Sądu Lekarskiego. NSL zmienił zaskarżone orzeczenie sądu pierwszej instancji, eliminując z opisu zarzucanego czynu stwierdzenie „czym spowodował pogorszenie stanu zdrowia (wylew krwi do mózgu), a w konsekwencji zgon pacjenta”, i zastąpił go zapisem „czym naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo bezpośrednie uszczerbku na zdrowiu”. Zakres czynności w wykonywaniu zawodu ograniczył na 1,5 roku poprzez zakaz pracy w SOR, izbie przyjęć oraz zespołach ratownictwa medycznego. Pełnomocnik obwinionego odwołał się od tego orzeczenia do Sądu Najwyższego, który złożoną kasację oddalił. ○



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

W powyżej opisanym, niekorzystnym dla chorego, przebiegu leczenia rzecznik i sądy lekarskie zwróciły szczególną uwagę na obowiązek dołożenia wystarczającej staranności w diagnostyce i leczeniu chorego. Pomimo posiadanej dobrej znajomości funkcjonowania placówek ochrony zdrowia, w szczególności jej niedostatków, permanentnego niedoinwestowania, ograniczonej dostępności

diagnozującego lekarza do sprzętu diagnostycznego, sądy uznały, iż nie może być usprawiedliwienia dla odmowy objęcia, choćby staranną obserwacją, chorego po opisywanym urazie. Tym bardziej, że były możliwości takiej obserwacji w obszarze obserwacyjnym SOR. Przekazanie chorego pod opiekę osób nieposiadających wystarczającej wiedzy i doświadczenia, które umożliwiają natychmiastowe dostrzeżenie subtelnych zmian w stanie chorego, uznano za oczywisty błąd. Zdanie to podzielił w pełni Sąd Najwyższy, uznając, że orzeczona kara, choć surowa, nie jest niewspółmierna do popełnionego przewinienia. ○



Andrzej Cisto

Wiceprezes Naczelnej
Rady Lekarskiej

Bez cukru

Espresso to dla kawoszy pierwsza pomoc, warunek przetrwania w zetknięciu z nawet pięknym porankiem. Mała forma, niemniej sprawiająca, że jakoś tak z większą energią i poukładaniem przystępujemy do pracy.

Nie wiem, czy uda mi się osiągnąć ożywczy skutek w moich otwierających strony stomatologiczne felietonach. Moim zadaniem jest streścić Czytelnikom najważniejsze wydarzenia i fakty, rzucić światło na procesy zachodzące wokół naszej profesji i to w sposób, który nie będzie wywoływał u Czytelników tęsknoty za wczesną emeryturą.

Informacja będzie bardzo ważnym narzędziem pracy w nadchodzącej kadencji. To nie jest tylko kwestia sprawozdania środowisku lekarskiemu, jak pracowaliśmy i jakie to przyniosło efekty. Prawidłowe komunikowanie się zarządu korporacji z jej członkami wywołuje wartość dodaną w postaci przekonania naszych partnerów, czasem adwersarzy, że ta łączność istnieje. O skuteczności samorządu nie zdecydują „strzeliste akty” rad i ich prezydów. Rzecz w asertywnej postawie wszystkich lekarzy, a ci owszem, zaprezentują taką, jeśli będą wiedzieć, że za nimi stoi korporacja nie tylko zdeterminowana, ale i mająca wszelkie aspekty lekarskiej rzeczywistości dobrze przemyślane, czego jedynym widomym znakiem jest to, o czym w oficjalnych korporacyjnych mediach mówi się i pisze. Zreformowania wymaga przepływ informacji na stronach NIL, pewnie niezbędne będą też korekty w formule stomatologicznych stron „Gazety Lekarskiej”.

W zasadzie ten felieton powinien nosić tytuł Dental Express. W tych trzech miesiącach, jakie minęły od powołania Prezydium NRL, wydarzenia biegły w tempie już nie Pendolino, ale chyba TGV.

Było więc wszystkiego po trochu. Był plan finansowy NFZ z zaprogramowaną mizerią, były sprawy dotyczące radiologii, bardzo ważne sprawy dotyczące dyrektywy „rtęciowej”. Rozpoczęliśmy zarzuconą przez lata dyskusję o kierunkach polityki zagranicznej środowiska lekarskiego.

„Moja Praktyka” – tak nazwaliśmy jedną z podstron witryny NIL, którymi zarządza Komisja Stomatologiczna. Zebrane są tam materiały dotyczące póki co czterech działów,

ale to początek – serwis będzie rozbudowywany. Szczególnie polecam zakładkę dotyczącą EDM i tabelę z wymogami, jakie powinny spełniać programy do prowadzenia dokumentacji. Całość serwisu dostępna ze strony głównej NIL, lub po wpisaniu w przeglądarkę <https://stom.hipokrates.org/link/1>.

Na przełomie maja i czerwca wydawało się, że niekwestionowanym tematem nr jeden jest RODO. Ale tak nie jest. Ten temat jeszcze powróci, ale sprawami, które zajmą naszą uwagę w najbliższym czasie, będą:

- dostosowanie we wszelkich aspektach do „dyrektywy rtęciowej”. Separatory i cały ambaras z tym związany, ale i fakt, że dla całkiem niemałej grupy najmłodszych pacjentów koszyk świadczeń w sensie materiałowym zubożył się o poważną pozycję. Cokolwiek kto sądzi o wartości amalgamatu, nad tym musi się odbyć debata;

- EDM z problemem braku zrozumienia przez władze faktu, że sprawny przepływ komunikatów na linii gabinet-Platforma P1 to nie jest tylko sprawa pomiędzy gabinetem a firmą informatyczną. Są postulaty zgłaszane od dawna, z których nie możemy zrezygnować – bezpieczeństwo przepływu danych, bezpieczeństwo nas samych jako prowadzących dokumentację na wypadek konieczności rezygnacji z dotychczas używanego oprogramowania oraz to, o czym wspomina art. 13a ustawy o systemie informacji – „stopień przygotowania” nas jako usługodawców systemu do wdrażania reform, za które zdaje się my sami mamy zapłacić;

- polityka sanitarna. To długa historia, lepiej wpisać w przeglądarkę <https://stom.hipokrates.org/link/2>. Sednem sprawy, która trochę nas „zelektryzowała”, jest próba wykreowania przez organy sanitarne standardu dokumentowania sterylizacji, który nie dość, że nakłada zupełnie nieracjonalne wymogi, to jeszcze poprzez sposób jego wykreowania i próby egzekwowania narusza zasady przejrzystości. Na szczęście nie jest to przepis prawa. Przed tak kreowanymi standardami będziemy środowisko lekarskie bronić. ☺

Specjalizacja czy umiejętność?



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Udział diagnostyki obrazowej w codziennej praktyce lekarza dentysty stał się obecnie powszechny, ale większość badań pozostaje nieopisana, co nastrocza wiele trudności.

O konieczności powołania specjalizacji w zakresie radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej w środowisku lekarzy dentystów mówi się obecnie coraz częściej. Zdania na ten temat są jednak podzielone. Część z nich uważa, że taka specjalizacja stała się wymogiem czasów, część jest zdania, że wystarczyłoby wprowadzić umiejętność w tej dziedzinie.

Niezależnie od tego, jakie są propozycje dotyczące rozwiązania tego problemu, jedno jest pewne – wobec dynamicznego rozwoju technik radiologicznych potrzebni są specjaliści radiolodzy biegli w odczytywaniu i opisywaniu badań obrazowych części twarzowej czaszki dla potrzeb praktyki dentystycznej.

PRZEPISY I REALIA

Obowiązujące przepisy nakazują opisywanie wszystkich badań radiologicznych z wyjątkiem zdjęć wewnątrzustnych, które mogą, lecz nie muszą, pozostać nieopisane. Lekarze dentyści uprawnieni są do opisywania radiogramów wewnątrzustnych, zewnątrzustnych, w tym pantomogramów oraz badań CBCT (tomografii wiązką stożkową, tomografii wolumetrycznej) o polu do 8x8 cm. Zdaniem prof.

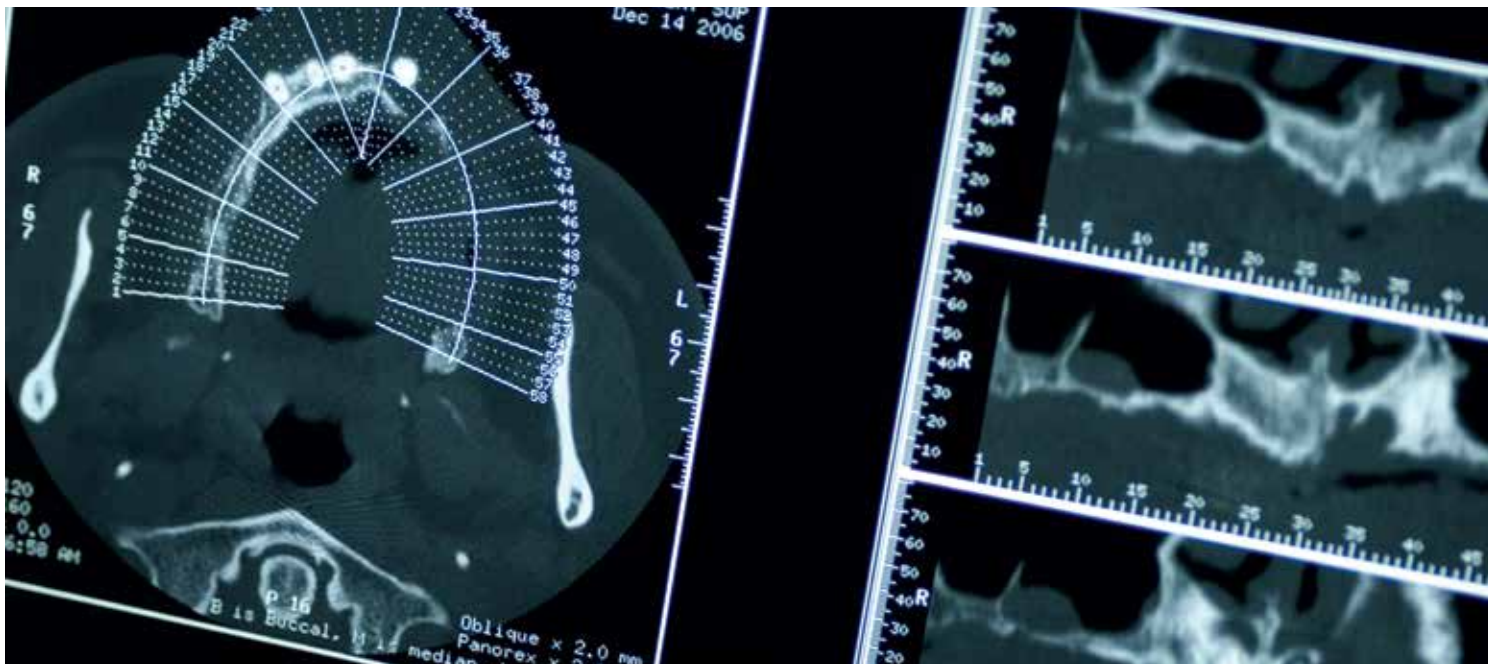
5x5 cm

W praktyce lekarz dentysta może samodzielnie wykonywać i opisywać wyłącznie badania do takiego wymiaru pola.

Kazimierza Szopińskiego, kierownika Zakładu Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej na Wydziale Lekarsko-Dentystycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, to dyskryminuje stomatologię. – Zgodnie z procedurami wzorcowymi radiologii z 31 grudnia 2014 r. odpowiednio przeszkolony lekarz dentysta może wykonywać i opisywać badania CBCT tylko o maksymalnym wymiarze pola do 8x8 cm. W dużej części aparatów CBCT nie ma pola o tym wymiarze, co powoduje, że w praktyce lekarz dentysta może samodzielnie wykonywać i opisywać wyłącznie badania o wymiarze pola np. do 5x5 cm. Arbitralne ustalenie maksymalnego wymiaru pola badania przez ustawodawcę powoduje, że stomatolog nie jest obecnie uprawniony do wykonania ani opisanie badania obejmującego, np. całość żuchwy (łącznie ze stawami skroniowo-żuchwowymi) – tłumaczy prof. Szopiński. Znaczna większość badań CBCT jest więc wydawana pacjentom bez opisu. Przepis ten nie uwzględnia potrzeb, przed jakimi stoi współczesna diagnostyka stomatologiczna. Obecnie szkolenie specjalizacyjne z radiologii i diagnostyki obrazowej uprawniające do wykonywania i opisywania pełnego zakresu badań obrazowych układu stomatognatycznego mogą odbywać lekarze radiolodzy

po kursie ze stomatologii w czasie studiów medycznych. Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej nie jest jednak dostępne dla lekarzy, którzy ukończyli pięcioletnie studia stomatologiczne w wymiarze ponad 5 tys. godzin, uprawniające ich do rozpoznawania i leczenia pełnego zakresu chorób układu stomatognatycznego. Program szkolenia w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej dla lekarzy radiologów przewiduje jedynie dwutygodniowy staż kierunkowy w dziedzinie radiologii stomatologicznej, a to – zdaniem prof. Szopińskiego – jest niewystarczające.

Praca radiologa wykonującego badania w obrębie jakiegokolwiek podspecjalności wymaga bowiem dogłębnej znajomości anatomii, patologii i zagadnień klinicznych. Lekarze radiolodzy mają zaledwie kilkadziesiąt godzin zajęć ze stomatologii w czasie studiów i dwutygodniowy staż w pracowni radiologii stomatologicznej. Wiedzą w tej dziedzinie dysponują natomiast lekarze dentyści, jednak w świetle obowiązujących przepisów nie mają możliwości jej w pełni wykorzystać przy ocenie badań obrazowych. Nie mogą bowiem specjalizować się w dziedzinie, której nie ma. Jeśli mają wątpliwości co do interpretacji zdjęć



wykonanego przez radiologa, muszą się konsultować ze specjalistami w ośrodkach akademickich, a w Polsce istnieją jedynie cztery ośrodki akademickie z wyodrębnionymi zakładami lub pracowniami radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej (w Warszawie, Poznaniu, Lublinie i Szczecinie) zatrudniające czterech samodzielnych pracowników naukowych, którzy są radiologami. Dostęp do kompetentnej konsultacji jest więc ograniczony, szczególnie dla lekarzy dentyistów praktykujących w małych miejscowościach.

CO NA TO ŚWIAT

Specjalizację w dziedzinie radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej wprowadzono m.in. w Wielkiej Brytanii, Danii, Norwegii, Szwecji, Finlandii, USA, Kanadzie, Chile, Brazylii, Grecji i Turcji. Ramowy program specjalizacji w dziedzinie radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej opracowali eksperci Europejskiej Akademii Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej (European Academy of Dento-Maxillo-Facial Radiology, EADMFR), który mógłby być szybko dostosowany

do warunków polskich. Zastosowanie radiologii w praktyce stomatologicznej stało się powszechne, szczególnie kiedy 10 lat temu wprowadzono tomografię komputerową wiązką stożkową (CBCT), która pozwala na uzyskanie wielu cennych informacji istotnych dla postępowania leczniczego.

Metoda ta znalazła zastosowanie w diagnostyce zębów zatrzymanych, ocenie urazów zębów i wyrostka zębo-dolowego oraz resorpcji korzeni. Jest także wykorzystywana w diagnostyce zespołów chorobowych przebiegających z zaburzeniami rozwojowymi w obrębie części twarzowej czaszki. Jak podkreśla dr n. med. Tomasz Kulczyk z Pracowni Radiologii Stomatologicznej, Katedry i Zakładu Biomateriałów i Stomatologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, radiolodzy ogólni rzadko opisują badania w sposób, który odpowiada potrzebom stomatologów, dotykają stomatologii w minimalnym stopniu. – W Polsce ustawowo lekarze dentyści mają uprawnienia do kierowania i wykonywania badań radiologicznych w zakresie szczękowo-twarzowym, z czego

▲ Stożkowa tomografia komputerowa.

masowo korzystają, jednak nie są zobowiązani do posiadania czy doskonalenia kompetencji w zakresie interpretacji obrazów i to właśnie różni nas od innych krajów. Nie ma się co łudzić, nawet jeśli wprowadzi się specjalizację w radiologii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej, nigdy nie będzie tylu specjalistów, aby rozwiązać ten problem – zaznacza doc. Kulczyk. Uważa, że będzie ich najwyżej kilkudziesięciu skupionych w referencyjnych ośrodkach, gdzie będzie można uczyć się interpretacji zdjęć bądź je konsultować. Prof. Szopiński jest jednak zdania, że nawet kilkudziesięciu specjalistów znacznie poprawi sytuację, bo obecnie w całej Polsce jest najwyżej kilkanaście osób zajmujących się zawodowo radiologią stomatologiczną i szczękowo-twarzową.

NIE MA ODWROTU

Diagnostyka obrazowa się rozwija, stomatolodzy chętnie kupują nowoczesny sprzęt diagnostyczny do swoich praktyk, ponieważ pacjenci wolą na miejscu wykonać potrzebne badanie. Taka kompleksowa usługa – diagnostyka połączona z leczeniem – jest mile

ZGODNIE Z PROCEDURAMI WZORCOWYMI RADIOLOGII Z DNIA 31 GRUDNIA 2014 R. ODPOWIEDNIO PRZESZKOLONY LEKARZ DENTYSTA MOŻE WYKONYWAĆ I OPISYWAĆ BADANIA CBCT TYLKO O MAKSYMALNYM WYMIARZE POLA DO 8 CM. W WIĘKSZOŚCI APARATÓW CBCT NIE MA POLA O TYM WYMIARZE, CO POWODUJE, ŻE W PRAKTYCE MOŻE ON SAMODZIELNIE WYKONYWAĆ I OPISYWAĆ WYŁĄCZNIE BADANIA O WYMIARZE POLA DO 5 CM.

widziana. Pozostaje jednak odpowiedzialność za właściwą ocenę uzyskanych obrazów. – W krajach, gdzie nie ma specjalizacji w dziedzinie radiologii stomatologicznej, rozwiązaniem stały się szkolenia podyplomowe, na poziomie doktoratu, np. takim krajem są Niemcy. Tam, gdzie jest specjalizacja, tych specjalistów jest stosunkowo niewielka grupa, ale zaspokajają potrzeby pacjentów w tym zakresie – tłumaczy doc. Kulczyk i dodaje, że zawsze będzie to specjalizacja niszowa, gdyby jednak takich specjalistów było chociaż kilku na województwo, poprawiłoby to sytuację.

Prof. Ingrid Różyło-Kalinowska, prezydent European Academy of Dentomaxillofacial Radiology, także jest zdania, że problem wymaga nowych regulacji. Sprawę zna także samorząd lekarski. – Niekoniecznie należy podnosić radiologię stomatologiczną do rangi specjalizacji, z uwagi choćby na

długi formalny czas jej trwania, ale biorąc pod uwagę wprowadzanie coraz to nowszych i bardziej wyrafinowanych technik diagnostyki obrazowej, trzeba coś z tym zrobić – zastanawia się Andrzej Cisło, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL, dodając, że może należałoby jednak rozważyć wprowadzenie umiejętności w dziedzinie radiologii stomatologicznej, aby lekarze dentyści mieli możliwość sformalizowanego kształcenia. – Takie kształcenie trwałoby krócej i nie byłoby obwarowane wymogami znanymi dla specjalizacji – mówi wiceprezes, zapewniając, że Komisja Stomatologiczna dostrzega wagę problemu i będzie się nim zajmować na najbliższych posiedzeniach. Prof. Szopiński – zwolennik specjalizacji w dziedzinie radiologii stomatologicznej dla lekarzy dentyków – uważa, że jej utworzenie jest konieczne nie

tylko dla zapewnienia odpowiedniego poziomu opieki nad pacjentami, ale dla stworzenia ścieżki kariery dla młodych lekarzy dentyków, pragnących kształcić się w zakresie radiologii stomatologicznej i szczególnie-twarzowej i przekonuje, że utworzenie w Polsce umiejętności w tej dziedzinie nie rozwiąże problemu, ponieważ byłaby ona dostępna tylko dla lekarzy dentyków ze specjalizacją w jednym z kierunków stomatologicznych, a taką specjalizację posiada w Polsce mniej niż połowa lekarzy dentyków. – Wiedza uzyskana w czasie krótkookresowych szkoleń z wybranych dziedzin obrazowania nie może w żadnym wypadku zastąpić systematycznego szkolenia specjalizacyjnego zakończonego egzaminem – podsumowuje profesor i zaznacza, że szybciej i skuteczniej można nauczyć lekarzy dentyków radiologii niż lekarzy radiologów stomatologii. ○

PATRONAT

IX Forum Ochrony Zdrowia

4 - 6 WRZEŚNIA 2018, KRYNICA-ZDRÓJ

XXVIII FORUM EKONOMICZNE



Województwo Małopolskie
Główny Partner
Forum Ekonomicznego



Ekspert, lekarze, menedżerowie
ochrony zdrowia o problemach
i sposobach ich rozwiązania.

Deбаты poświęcone m.in. systemowi
ochrony zdrowia, ubezpieczeniom
zdrowotnym, innowacjom i inwestycjom.

Forum Ekonomiczne - ponad 3500 gości
- liderów świata polityki i biznesu
z ponad 60 krajów z Europy, Azji i USA.

Najważniejsza konferencja
organizowana od ponad 25 lat
w Europie Środkowo-Wschodniej.

www.forum-ekonomiczne.pl

kontakt: foz@isw.org.pl



Jolanta Małmyga

Sekretarz kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Skończyły się wakacje

Tegoroczne lato było na miarę stulecia: gorące i palące słońce, burze i ulewne deszcze niczym w tropikach. Czyżby to była zapowiedź ocieplenia klimatu?

Szkoda, że dotyczy to tylko klimatu, gdyż w życiu naszego kraju już to się nie sprawdza, dlatego że nie potrafimy uszanować pracy i osiągnąć drugiego człowieka, który nie wyznaje tych samych poglądów. Łatwiej jest negocjować i niszczyć, niż próbować wspólnie budować dobry wizerunek, szczególnie gdy autorem sukcesu jest ktoś inny.

O wiele prościej jest wyszukiwać przeszkody i przeszkadzać w kontynuacji dobrych i lubianych imprez rozrywkowych, sławiących dobre imię Polski – nie tylko przez wielu naszych rodaków, ale i przedstawicieli innych krajów, tylko dlatego że się zazdrości osiągnięcia sukcesu człowiekowi, który nie jest związany z żadną partią polityczną. Ja naprawdę podziwiam Jurka Owsiaka za jego wielkie oddanie i kontynuację pracy dla dobra innych, wbrew rzucanym mu pod nogi kłodom i wszelkim próbom uniemożliwienia dalszej działalności. Zabroniono organizacji Woodstocku, ale zmieniono nazwę i odbył się Pol'and'Rock Festival, wspaniała impreza, na której bawiło się wiele tysięcy ludzi w różnym wieku, mimo upału i, o zgrozo, polskie władze nie wydały pozwolenia na użycie do ochłody uczestników wody, ale pomogła po sąsiedzku straż pożarna z Niemiec i takowej humanitarnej pomocy udzieliła.

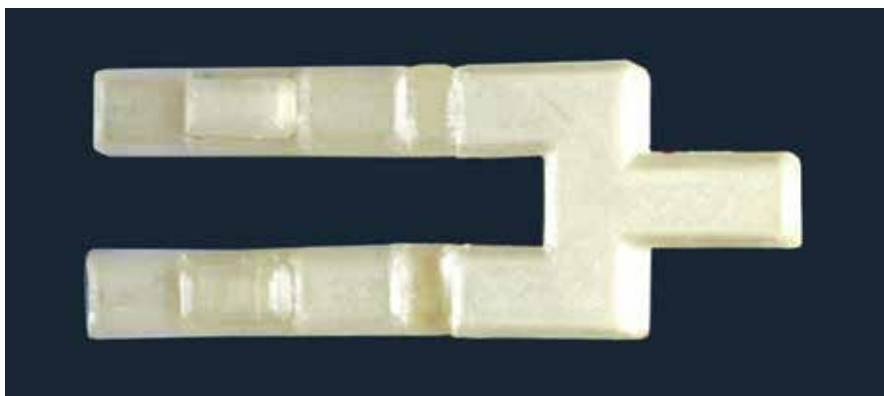
Od lat gra Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy i zdobywa środki na poprawę funkcjonowania polskich szpitali. Pieniądze na ten szlachetny cel przekazują ludzie nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. Dzięki takim akcjom udało się wyposażyć nasze szpitale w urządzenia ratujące życie nie tylko małym, ale

i dorosłym pacjentom. Dlaczego nie potrafimy uszanować tego, co innym udało się osiągnąć bez wielkiej polityki? Wszyscy chcą być znani i doceniani, ale należy szanować nie tylko siebie i własne osiągnięcia, a przede wszystkim doceniać wkład pracy drugiego człowieka i wspólnie rozwiązywać problemy, bez podejmowania pochopnych decyzji, które należy szybko zmieniać, zanim zostaną wprowadzone w życie. Jednym z przykładów niech będą prace nad wprowadzeniem elektronicznych praw wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. Powołano zespół ludzi do opracowania i wdrożenia projektu, zaangażowano do współpracy WPW i jak już prawie można było wprowadzić go w życie, prace zostały wstrzymane. Zmarnowano zaangażowanie wielu ludzi nie tylko z naszego samorządu. Zabrakło człowieka z charyzmą, który zechciałby doprowadzić do końca całe przedsięwzięcie. No i tak się dzieje z większością pochopnie podejmowanych decyzji w naszym kraju. A już Konfucjusz powiedział, że „Gdy władca szanuje obyczaje, łatwiej mu ludem kierować”.

Póki co możemy powspominać mile spędzony urlop, gorący piasek i kąpiel w ciepłym morzu. Obejrzyć uwiecznione na zdjęciach niezapomniane krajobrazy, wówczas powrót do pracy, niewygodnego krzesła, stosu dokumentów do wypełnienia oraz problemów do rozwiązania – może być łatwiejszy.

Za rok znowu będą wakacje i gdy będzie nam ciężko, zaplanujmy nowe wyjazdy i przygotowujmy się do kolejnego zasłużonego wypoczynku, nie będą się liczyły setki przejechanych kilometrów czy godziny oczekiwania na lotniskach, nawet chrapiący w pokoju obok sąsiad nie będzie przeszkadzał, gdyż to będą nasze wymarzone wakacje. (

Polski patent na choroby



Kolejny polski wynalazek został objęty ochroną patentową. Naukowcy z Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach zaprojektowali specjalny ustnik, który znajdzie zastosowanie w diagnostyce chorób górnych i dolnych dróg oddechowych.

Rosnące znaczenie wczesnej diagnostyki nowotworów sprawia, że naukowcy poszukują nowych metod pozwalających na szybkie wykrycie zmian zwiastujących rozwój tej choroby. Coraz częściej wykonywane są nowoczesne nieinwazyjne testy polegające na analizie składu chemicznego wydychanego powietrza. Dzięki zastosowaniu badań z zakresu chemii analitycznej można zidentyfikować i określić zależność pomiędzy pewnymi rodzajami białek a występowaniem nowotworu płuc czy krtani. Obecnie stan zdrowia pacjenta jest określany na podstawie analizy markerów nowotworowych, które są pobierane za pomocą tzw. worków Tedlara. To do nich badana osoba wydycha powietrze wraz z zawartymi w nim białkami. Ta prosta i tania metoda diagnostyczna ma jednak kilka wad. Przede wszystkim w czasie badania pobierane są niewielkie

ilości materiału oddechowego o niskim stężeniu, a transportowanie próbek wrażliwych na uszkodzenia mechaniczne może się wiązać z wypłukiwaniem z nich markerów nowotworowych. W związku z tym naukowcy proponują zastąpienie worków porowatymi materiałami polimerowymi o rozbudowanej strukturze wewnętrznej, przy czym ich użycie wymaga wykonania specjalnego ustnika. Taki właśnie ustnik dwurożny został zaprojektowany przez naukowców z Uniwersytetu Śląskiego. Może być on wykonany techniką druku przestrzennego z modyfikowanego poliestru o właściwościach antibakteryjnych. Tak wytworzony spełnia wszystkie wymagania dotyczące dopuszczenia go do użytku w celach medycznych oraz umożliwia jego wielokrotne wykorzystanie po uprzedniej sterylizacji z zastosowaniem standardowych procedur. Dzięki zastosowaniu ustnika możliwe będzie filtrowanie powietrza wdychanego przez pacjenta oraz kierowanie wydychanego na materiał porowaty, co pozwoli zmniejszyć zanieczyszczenie pobranego materiału oraz osadzić większą ilość markerów nowotworowych podczas pojedynczego badania. ○

▲ **Model ustnika dwurożnego wykonany techniką druku 3D według projektu naukowców z UŚ.**

Ciąża a depresja

Częstość występowania depresji i zaburzeń lękowych w okresie ciąży wzrosła o 51 proc. w ciągu zaledwie jednego pokolenia – wynika z angielskich badań, które publikuje „JAMA Network Open”.

Naukowcy z University of Bristol (Wielka Brytania) doszli do takich wniosków po przeanalizowaniu danych zebranych wśród dwóch generacji kobiet, które brały udział w wieloletnim, trwającym około trzy dekady, badaniu pt. „Children of the 90s”. Porównano odpowiedzi 2390 kobiet, ankietowanych na początku lat 90. zeszłego stulecia na temat objawów depresji ciążowej, z odpowiedziami ich 180 córek, które zaszły w ciążę przed 24. roku życia. Okazało się, że poważne objawy depresji ciążowej występowały u 51 proc. częściej w młodszym pokoleniu kobiet. Odstępek matek z depresją ciążową wynosił 17 proc. w starszym pokoleniu oraz 25 proc. u młodszych mam. Jak wyliczyli autorzy pracy, jeśli matka miała depresję ciążową, to jej córka była ponad trzykrotnie bardziej zagrożona wystąpieniem tego zaburzenia podczas ciąży. Obserwacje naukowców są o tyle istotne, że depresja ciążowa ma istotny, negatywny wpływ zarówno na matkę, jak i na dziecko. ○

Latanie szkodzi

W badaniu opublikowanym w czasopiśmie „Environmental Health” przeanalizowano ankiety 5366 członków załóg lotniczych oraz 2729 osób o podobnym statusie socjoekonomicznym, ale innym zawodzie.

Wykazano, że osoby pracujące na pokładzie samolotów mają wyższe ryzyko rozwoju chorób nowotworowych niż osoby z populacji ogólnej. Zależność ta była szczególnie widoczna dla kobiet, zwłaszcza w odniesieniu do raka piersi (51 proc. wyższe ryzyko), czerniaka (dwukrotnie wyższe ryzyko) i raków skóry (czterokrotnie wyższe ryzyko). Badacze podkreślają, że zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwór prawdopodobnie wynika z kilku czynników, m.in. większego narażenia na wyższych wysokościach na naturalnie występujące promieniowanie jonizujące (promieniowanie kosmiczne), pracy w trybie zmianowym oraz częstych zmian stref czasowych dodatkowo zakłócających rytm dobowy, a w konsekwencji gospodarkę hormonalną. Opublikowane wyniki potwierdzają wcześniejsze doniesienia na ten temat. ○



Najnowsze doniesienia ze świata nauki i medycyny na
www.gazetalekarska.pl

Źródło: us.edu.pl, naukawpolsce.pap.pl,
ehjournal.biomedcentral.com



Maciej Hamankiewicz
Wiceprezydent Stałego
Komitetu Lekarzy Europejskich
(CPME)

Manifest

Europejscy lekarze do przyszłych posłów
Parlamentu Europejskiego.

Kalendarz wyborczy jest nieubłagany i nigdy nie daje nie tylko politykom, ale także nam wszystkim zapomnieć, że wkrótce odbędą się jakieś wybory. W Polsce szykujemy się do jesiennych wyborów samorządowych, natomiast na szczeblu europejskim prowadzone są już przygotowania do wyborów do Parlamentu Europejskiego (PE), które odbędą się w maju 2019 r. Data może wydać się odległa, ale nowe propozycje ordynacji wyborczej sprawiły, że temat stał się Polakom już teraz bliższy.

Powinniśmy wszyscy pamiętać, że Parlament Europejski to ważny podmiot uczestniczący w opracowywaniu i przyjmowaniu aktów prawa unijnego, które mają daleko idący wpływ na przepisy krajowe – także w zakresie ochrony zdrowia i wykonywania naszego zawodu. Powinniśmy więc domagać się od posłów do PE aktywności w procesie legislacyjnym i jak najczęściej przekazywać im własne postulaty oraz naszą argumentację. W zakresie ochrony zdrowia musimy podkreślać, że jest to kwestia niemająca charakteru partyjnego, a co za tym idzie, że oczekujemy od posłów do PE popierania właściwych rozwiązań bez względu na ich przynależność do tej czy innej frakcji w PE. Mam świadomość, że to nie zawsze się udaje, ale próbować trzeba.

Naczelna Izba Lekarska od początku członkostwa Polski w UE aktywnie uczestniczy w pracach europejskich organizacji reprezentujących lekarzy i lekarzy dentyków, które przedstawiają stanowiska naszych zawodów w różnych instytucjach unijnych. Jednolity głos danego zawodu tak na szczeblu unijnym, jak i krajowym ma znaczenie i wielokrotnie przyczynił się do tego, że projektowane akty prawne przybierały kształt oczekiwany przez nasze środowisko.

Ważnym elementem tych działań jest bezpośrednie kontaktowanie się z poszczególnymi posłami do PE czy przedstawicielami Komisji Europejskiej. CPME, którego mam zaszczyt być jednym z wiceprezesów, zamierza ponownie opracować dokument zwany Manifestem, który będzie związany z przyszłorocznymi wyborami do PE. Taki dokument został opracowany przy okazji poprzednich wyborów w 2014 r. i spotkał się z zainteresowaniem wielu posłów.

Tegoroczny dokument jest obecnie na etapie opracowywania, ale już wiadomo, że mottem manifestu będzie stanowisko,

iż możliwie najlepszy stan zdrowia oraz dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej powinien być rzeczywistością dla każdego.

Wiemy też, że w projekcie Manifestu m.in.:

- wnioskujemy o przyjęcie regulacji mających wpływ na poprawę zdrowego stylu życia (alkohol, żywność, tytoń);
- domagamy się wzmocnienia działań na rzecz ograniczenia antybiotykooporności oraz zwiększenia poziomu szczepialności;
- zwracamy uwagę na potrzebę właściwego uregulowania zasad wymiany danych pochodzących z badań naukowych, z poszanowaniem zasad etyki;
- domagamy się wprowadzenia zmian legislacyjnych zapewniających właściwy dostęp do leków;
- wzywamy Unię Europejską, aby przyczyniła się do zapewnienia odpowiednich, atrakcyjnych i bezpiecznych warunków pracy lekarzom i innym pracownikom ochrony zdrowia;
- postulujemy, by powszechną troską były działania umożliwiające pełen dostęp do lekarstw o udowodnionej skuteczności;
- zwracamy się z prośbą o podejmowanie działań racjonalizujących spożywanie suplementów diety, poczynając od powszechnego zakazu w krajach członkowskich ich reklamowania.

Należy pamiętać, że postulaty zawarte w manifestie muszą mieć charakter ogólnoeuropejski i odpowiadać zakresowi kompetencji, jakie posiada Unia Europejska. Stąd np. nie będzie tu apelu do UE o zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia w poszczególnych państwach członkowskich.

Środowisko lekarzy i lekarzy dentyków zorganizowane w izbach lekarskich lub w towarzystwach lekarskich powinno – po ostatecznym opracowaniu Manifestu – przekazywać jego treść kandydatom na posłów do PE, a nie jak dotychczas się działo – wybranym europosłom. Dobrze byłoby zapytać tychże kandydatów, w jaki sposób zamierzają realizować postulaty, jeżeli zostaną wybrani. W ten sposób zakres naszego oddziaływania również na szczeblu krajowym będzie większy, a przekazane informacje ważne dla ochrony zdrowia będą znane zarówno wybranym do PE, jak i tym, którzy nie wejdą do PE, ale nadal będą politykami i działaczami krajowymi. ○

Interwencje przezskórne w kardiologii



Lidia Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Z prof. **Dariuszem Dudkiem**, prezydentem elektem Europejskiej Asocjacji Przezskórnych Interwencji Sercowo-Naczyniowych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego [European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions, European Society of Cardiology, EAPCI ESC], rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL
W Y W I A D

GL Za dwa lata obejmie pan stanowisko prezydenta EAPCI ESC, jako pierwszy w historii lekarz z Europy Środkowo-Wschodniej. Serdecznie gratuluję. Jakie są główne cele tej organizacji?

To Asocjacja Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, która dba o rozwój naukowy, ale też zajmuje się kwestiami administracyjnymi i organizacyjnymi w obszarze, jak sama nazwa wskazuje, przezskórnych interwencji sercowo-naczyniowych. Mimo iż jest to organizacja europejska, to wychodzi ze swoimi działaniami poza Europę, funkcjonując także w Izraelu, w części Afryki Południowej i Północnej oraz w Indiach. Do jej zadań należy m.in. opracowywanie wytycznych, organizacja szkoleń i kursów, jak choćby Międzynarodowe Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej, które odbywają się przy współudziale EAPCI i Instytutu Kardiologii UJ Collegium Medicum w naszym rodzimym Krakowie. Wydaje też najważniejsze dla środowiska kardiologów interwencyjnych na całym świecie czasopismo naukowe. Ponadto przeprowadza egzamin, który potwierdza umiejętności w zakresie kardiologii interwencyjnej w Europie. Funkcjonuje on na zasadzie dobrowolności, ale warto się o ten certyfikat postarać, bo jest to dokument, który poświadcza wiedzę międzynarodową w zakresie przezskórnych interwencji sercowo-naczyniowych.

GL Zabiegi kardiologiczne za pomocą małych cięć, czyli bez otwierania klatki piersiowej, są coraz powszechniejsze. To trend, za którym podąża cała Europa?

Oczywiście, powiem więcej, to proces, który zachodzi na całym świecie. Coraz częściej odchodzi się od operacji klasycznych na rzecz małoinwazyjnych, bo są o wiele mniej traumatyzujące dla organizmu, pacjent krócej przebywa w szpitalu po zabiegu i szybciej dochodzi do zdrowia. Trzeba jednak mieć na uwadze, że ta metoda, przynajmniej na początku jej wdrażania do praktyki szpitalnej, jest droższa, bo trzeba zakupić odpowiedni sprzęt, wyszkolić personel, więc siłą rzeczy najpierw upowszechnia się w krajach bogatszych. Co ciekawe jednak, gdy już zainwestuje się w tę technikę, zapewniając odpowiednie zaplecze i kadry, to w dłuższej perspektywie koszty są porównywalne do operacji klasycznej. Już teraz interwencje przezskórnych jest sporo, a za 10 lat ich liczba znacząco wzrośnie. Dożyjemy czasów, kiedy otwarcie klatki piersiowej będzie rzadkim widokiem na sali operacyjnej.

GL Zapewne najmniej rozwinięta w tym zakresie jest Europa Wschodnia i Bałkany, najlepiej – kraje Unii Europejskiej. Poproszę jednak o więcej szczegółów. Jak popularne są interwencje przezskórne w poszczególnych krajach? Które zabiegi są standardem, a które wciąż innowacją?

Rzeczywiście, im dalej na wschód, tym sytuacja jest trudniejsza, choć i w obrębie UE są kraje, które mają jeszcze lekcje do odrobienia. Jeśli chodzi o interwencje w obrębie naczyń wieńcowych, to metoda przezskórna niemal na całym kontynencie przechodzi stabilny rozwój. Funkcjonuje już od około 20 lat i zdążyła się zdomować na dobre,

FAKT

Dożyjemy czasów, kiedy otwarcie klatki piersiowej będzie rzadkim widokiem na sali operacyjnej.



1 mln mieszkańców są Niemcy, Szwajcaria, Dania i Francja, reszta Europy musi ich gonić, ale dystans do pokonania jest znaczny.

GL Jak na tym tle wypada Polska?

Odstajemy od Europy Zachodniej, wciąż jednak jesteśmy liderem Europy Wschodniej. Jednak ta sytuacja może się zmienić, i to na gorsze. Już w 2017 r. spadła liczba wykonywanych przezskórnych zabiegów dotyczących naczyń wieńcowych do poziomu z 2011 r., z kolei w przypadku operacji poza obszarem naczyń wieńcowych nie odnotowujemy żadnego postępu. Źle jest w kwestii leczenia przezskórnego wad zastawkowych. Wszczepiamy ledwie 140 przezskórnych zastawek mitralnych rocznie, a powinniśmy około 3 razy więcej, a zastawek aortalnych – około 25 na 1 mln mieszkańców, choć średnia europejska to ponad 2 razy więcej.

GL Problemem są, jak zwykle, pieniądze? Może po prostu nasze kadry medyczne nie są jeszcze gotowe?

Największą barierą jest zdecydowanie brak wystarczającego finansowania. W dalszym ciągu operacja na otwartym sercu jest taniej wyceniana niż wykonywana metodą małoinwazyjną. To nieaktualne podejście. Poza tym nasz narodowy płatnik nakłada ograniczenia kwalifikujące do zabiegów przezskórnych. Na przykład w kwestii operacji zamykania uszka lewego przedsionka NFZ nałożył duże obostrzenia, które muszą spełnić pacjenci. Szkoda, bo mamy ponad 20 ośrodków, które są w stanie wykonywać nawet najbardziej innowacyjne metody w zakresie kardiologicznych interwencji przezskórnych, ale ich potencjał nie jest wykorzystywany. Potrzebne oczywiście byłyby dodatkowe środki pieniężne. Mamy wzorcowy system szkolenia w kardiologii inwazyjnej, szczególnie gdy wprowadziłem z kardiologami certyfikaty umiejętności w kardiologii zabiegowej w 2013 roku. Efekt jest taki, że polska kardiologia nie rozwija się w takim tempie, jak powinna. Moglibyśmy być w gronie najlepszych, ale niestety świat nam coraz bardziej ucieka i jeśli w porę nie wsiądziemy ponownie do tego szybkiego pociągu, odnotujemy straty, które będziemy odrabiać bardzo długo przez następne pokolenia. 

m.in. dzięki intensywnie rozwijanemu programowi „Stent for life” (Stent dla życia w leczeniu zawału serca). Najbardziej w tym zakresie wyróżniają się m.in. Niemcy, Dania czy Czechy, największe deficyty są w południowych obszarach Europy, m.in. Portugalii czy Grecji. O wiele rzadziej wykonywane są małoinwazyjne interwencje pozawieńcowe i strukturalne serca. To nowe obszary zastosowań, dopiero rozwijające się, więc kosztowne, przez co tylko najbardziej rozwinięte kraje mogą sobie na nie pozwolić w odpowiednio szerokim zakresie. Nadal najczęściej wykonuje się interwencje dotyczących zamykania otworu międzyprzedsionkowego typu ASD i PFO. W wielu krajach zabieg tego typu to standard, a ilość wykonywanych zabiegów pokrywa w pełni zapotrzebowanie. Dużo gorzej sytuacja wygląda w przypadku małoinwazyjnego leczenia wad zastawkowych i zamykania uszka lewego przedsionka. Liderami w liczbie wykonywanych zabiegów w przeliczeniu na

▲ Prof. Dariusz Dudek: – Im dalej na wschód, tym sytuacja jest trudniejsza, choć i w obrębie UE są kraje, które mają jeszcze lekcje do odrobienia.

FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE



Serdecznie dziękuję za wszelkie wpłaty, dzięki którym możemy pomagać naszym podopiecznym – Koleżankom i Kolegom, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej.

Prosimy o wsparcie nawet bardzo symboliczną kwotą – razem możemy sprawić, że czysj los choć trochę się odmieni.

Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski: Łomży, Grodziska Mazowieckiego, Warszawy, Inowrocławia, Miedzianej Góry, Legnicy, Mielca, Poznania, Czarnkowa, Gdańska.

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

**Mariusz Janikowski,
PREZES ZARZĄDU
Fundacji Lekarze Lekarzom**

Bioniczna trzustka



Polscy naukowcy pracują nad stworzeniem bionicznej trzustki. Z dr. hab. **Michałem Wszół**, kierownikiem tego projektu, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL
WYWIAD

GL Skąd wziął się pomysł na taki program badawczy?

Jestem chirurgiem transplantologiem, przez wiele lat zajmowałem się przeszczepianiem wysp trzustkowych i trzustek pacjentom cierpiącym z powodu groźnych dla zdrowia i życia powikłań cukrzycy typu I. Organów jednak brakuje, dlatego zależy mi na alternatywnym rozwiązaniu. Gdyby udało się wyprodukować bioniczną trzustkę, problem braku wystarczającej liczby narządów do przeszczepienia nie istniałby. Obecnie w naszym kraju rocznie wykonujemy zaledwie około 40 zabiegów transplantacji trzustki. Chwiejną cukrzycę ma około 10-20 tys. pacjentów – to ta grupa, która zyskałaby na transplantacji. Jednak projekt ten wykracza poza tradycyjną transplantologię. Jeśli wyniki naszych prac będą pomyślne, to bioniczna trzustka może pomóc znacznie większej grupie pacjentów, nie tylko z cukrzycą typu I, ale także może to być leczenie dla pewnej grupy chorych z cukrzycą typu II. W chwili obecnej dodatkowym ograniczeniem przeszczepiania trzustki są powikłania chirurgiczne, jakie niesie za sobą zabieg transplantacji – w dużej mierze za sprawą bardzo skomplikowanego unaczynienia trzustki. Chcemy, aby bioniczna trzustka miała prostsze unaczynienie niż jej naturalny odpowiednik, co zdecydowanie ułatwi proces transplantacji do organizmu chorego. Ponadto po zabiegu chory najprawdopodobniej nie będzie musiał przyjmować leków immunosupresyjnych, gdyż bioniczna trzustka powstanie z jego własnych komórek – w założeniach teoretycznych będzie to narząd spersonalizowany, drukowany na miarę dla konkretnego pacjenta.

GL Na jakim etapie są prace?

Zaczęliśmy w 2017 r. Najpierw chcemy wytworzyć trzustkę, którą przeszczepimy myszom, a potem świniom. Nasz projekt skończy się na badaniach przedklinicznych, prawdopodobnie na końcu 2019 r. Jeśli osiągniemy sukces,

będziemy myśleć o etapie klinicznym, który jeśli wszystko poszłoby doskonale – nie nastąpi wcześniej niż za 4 lata.

GL Jak ma wyglądać proces tworzenia?

Nasza trzustka powstanie w technologii biodrukowania na specjalnej drukarce 3D. Dysponujemy trzema takimi urządzeniami, w tym jednym, które drukuje w sterylnych warunkach. Zamierzamy wykorzystać do tego celu wyspy trzustkowe, pobierane najpierw od dawców, a docelowo będziemy korzystać z komórek własnych pacjenta, które zanurzymy w specjalnym biotuszu. Dodatkowo planujemy wydrukować naczynia z komórek śródbłónka. Na koniec wykonamy perfuzję w specjalnym bioreaktorze, aby sprawdzić, czy trzustka funkcjonuje prawidłowo. Dotychczas nikt na świecie takiego organu nie wytworzył. Pojawiły się pęcherze moczowe i tchawice drukowane w technologii 3D, ale są to wydrukowane konstrukcje, na które później nanosi się komórki. To prostsza metoda, ale nie da się jej zastosować do wyprodukowania w pełni działającego organu, jakim są wyspy trzustkowe.

Cały projekt jest niezwykle złożony, dlatego realizuje go konsorcjum Bionic, składające się z kilku podmiotów. Lekarze muszą łączyć siły z inżynierami. Liderem jest Fundacja Badań i Rozwoju Nauki wraz z moim zespołem, pozostali uczestnicy to Instytut Biologii Doświadczalnej PAN im. M. Nenckiego wraz z zespołem prof. Agnieszki Dobrzyń, Wydział Materiałoznawstwa Politechniki Warszawskiej pod kierunkiem prof. Wojciecha Świąszkowskiego, Centrum Biostruktury Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pod kierunkiem prof. Artura Kamińskiego, Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie oraz MediSpace sp. z o.o. jako partner technologiczny i biznesowy. Otrzymaaliśmy prawie 24 mln zł dofinansowania z NCBiR w ramach konkursu Strategmed. Finansowanie mamy zapewnione, proszę trzymać kciuki, aby nam się udało. ○

BIULETYN

NR 3 (182) ROK XXVIII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, VI 2018

© REDAKTOR NACZELNY: MAREK JODŁOWSKI

Posiedzenie NRL – 15 czerwca 2018 r.

UCHWAŁA Nr 1/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 czerwca 2018 r.

w sprawie upoważnienia do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 5 pkt 23 oraz art. 39 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej upoważnia się:

- 1) Andrzeja Matyję – Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 2) Andrzeja Cisło – Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 3) Jacka Kozakiewicza – Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 4) Krzysztofa Madeja – Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 5) Grzegorza Mazura – Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 2/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 czerwca 2018 r.

w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, zmienionej uchwałą nr 5 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r. uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się następujące stałe komisje

i zespoły Naczelnej Rady Lekarskiej:

- 1) Komisja Etyki Lekarskiej,
- 2) Komisja Finansowo-Budżetowa,
- 3) Komisja Kształcenia Medycznego,
- 4) Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów,
- 5) Komisja Stomatologiczna,
- 6) Komisja Organizacyjna,
- 7) Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich,
- 8) Komisja ds. Młodych Lekarzy,
- 9) Komisja ds. Sportu,
- 10) Komisja Legislacyjna,
- 11) Komisja ds. Współpracy Międzynarodowej,
- 12) Komisja ds. Kultury,
- 13) Komisja ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców,
- 14) Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii,
- 15) Zespół ds. Praktyk Lekarskich,
- 16) Zespół ds. Reformy Systemu Zgłaszania i Rejestrowania Zdarzeń Niepożądanych i Szkód w Ochronie Zdrowia.

§ 2.

Traci moc uchwała Nr 6/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2014 r. w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 3/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 czerwca 2018 r.

w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) oraz § 2 ust. 1 „Zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania” stanowiących załącznik do

uchwały nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się przewodniczących następujących stałych komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej:

- 1) Komisja Etyki Lekarskiej – Andrzej Wojnar,
- 2) Komisja Finansowo-Budżetowa – Dariusz Hankiewicz,
- 3) Komisja Kształcenia Medycznego – Janusz Kłoczko,
- 4) Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów – Kazimierz Kłodziński,
- 5) Komisja Organizacyjna – Mariusz Malicki,
- 6) Komisja ds. Młodych Lekarzy – Michał Bulsa,
- 7) Komisja ds. Sportu – Jacek Tętnowski,
- 8) Komisja Legislacyjna – Tomasz Romańczyk,
- 9) Komisja ds. Współpracy Międzynarodowej – Anna Lella,
- 10) Komisja ds. Kultury – Jarosław Wanecki,
- 11) Komisja ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców – Mariusz Janikowski,
- 12) Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii – Mariusz Janikowski,
- 13) Zespół ds. Praktyk Lekarskich – Jerzy Gryko,
- 14) Zespół ds. Reformy Systemu Zgłaszania i Rejestrowania Zdarzeń Niepożądanych i Szkód w Ochronie Zdrowia – Piotr Pawliszak.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 1/18/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 15 czerwca 2018 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie

ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych przekazany przy piśmie Pani Józefy Szczurek-Żelazko, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 24 maja 2018 r. znak: DSP.0212.1.2018.EK(18) IK:1299427, zgłasza następujące uwagi:

1. Samorząd lekarski przypomina, że współczynniki pracy przyjęte w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych w sposób istotny odbiegają od poziomu wynagrodzeń lekarzy, którego domaga się Krajowy Zjazd Lekarzy. W apelu nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 16 maja 2016 r. oraz w stanowisku nr 3 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r. w sprawie minimalnego wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów przyjęto, że lekarze powinni otrzymywać wynagrodzenie w wysokości:

- a) jednej średniej krajowej – dla lekarza stażysty
- b) dwukrotnej średniej krajowej – dla lekarza i lekarza dentysty bez specjalizacji
- c) dwu i pół krotnej średniej krajowej – dla lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji
- d) trzykrotnej średniej krajowej – dla lekarza posiadającego specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty. Współczynniki pracy przyjęte w ustawie, z których najwyższy – dla lekarzy posiadających tytuł specjalisty lub specjalizację drugiego stopnia, określono na poziomie 1,27 są bardzo odległe od

oczekiwani środowiska lekarzy. Projektowana nowelizacja ustawy niestety tego stanu rzeczy nie poprawia. Naczelna Rada Lekarska zgłasza postulat zwiększenia przyjętych w ustawie współczynników pracy do poziomu określonego przez Krajowy Zjazd Lekarzy.

2. Stanowczy sprzeciw Naczelnej Rady Lekarskiej budzi projektowany art. 3a ustawy, w myśl którego przepisów ustawy nie stosuje się do lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury oraz lekarzy i lekarzy dentystów odbywających staż, których zasadnicze wynagrodzenie jest określone na podstawie odrębnych przepisów. Wykluczenie lekarzy odbywających specjalizację w ramach rezydentury i lekarzy odbywających staż podyplomowy za corocznych podwyżek opisanych w ustawie jest w ocenie Rady niedopuszczalne. Nie ma żadnego powodu, aby gwarantować wynagrodzenia minimalnego dla tych grup pracowników nie były określone w akcie prawnym rangi ustawowej. Zupelnienie na marginesie Rada wskazuje, że skoro ustawa chce wyłączyć z niej lekarzy stażystów, to nie rozumiem, że jest dla czego załącznik do ustawy po nowelizacji będzie nadal w pkt. 4 przewidywał wysokość współczynnika pracy (0,73) dla lekarzy stażystów i lekarzy dentystów stażystów.

3. Zastrzeżenia Naczelnej Rady Lekarskiej budzi też art. 7 ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który przewiduje, że do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3.900 zł brutto. Przepis ten powinien zostać znowelizowany w taki sposób, aby podstawą do obliczania minimalnego wynagrodzenia było przeciętne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku ogłaszane przez Prezesa GUS, które w miesiącu grudniu 2017 r. wynosiło 4.972,92 zł. Posługiwanie się w ustawie kwotą 3.900 złotych brutto nie daje objętych ustawą pracownikom podmiotów leczniczych prawa do realnego wzrostu wynagrodzenia nadążającego za podwyżkami średniej krajowej w innych sektorach rynku pracy.

4. Naczelna Rada Lekarska popiera proponowaną zmianę w załączniku do ustawy w zakresie, w jakim dotyczy to przeniesienia pielęgniarek i położnych posiadających odpowiednio tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa, lecz nieposiadających specjalizacji, z dotychczasowej grupy lp. 9 do grupy lp. 8, co zapewnia wzrost współczynnika pracy dla tej grupy zawodowej. Mimo wprowadzenia tego rozwiązania Rada wskazuje, że wciąż nierozwiązany pozostaje problem uzyskania satysfakcjonującego poziomu wynagrodzeń personelu pielęgniarskiego, którego braki są odczuwalne i wpływają na jakość opieki zdrowotnej.

5. Na poparcie zasługuje poszerzenie kręgu osób objętych ustawą, czyli osób, dla których określa się najniższe wynagrodzenie zasadnicze, o pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne. Wątpliwości samorządu lekarskiego budzi natomiast sposób zdefiniowania w ustawie, kto mieści się w pojęciu „pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny”. Projektowany art. 2 pkt 4 ustawy będzie odsyłał w tym zakresie do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej – czyli rozporządzenia określającego kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Może to budzić wątpliwości, czy nowelizacja ustawy będzie gwarantowała podwyżki pracownikom działalności podstawowej we wszystkich podmiotach leczniczych, czy tylko pracownikom działalności podstawowej w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Proponuje się zatem, aby wykas stanowisk, na których zatrudnia się pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny został zamieszczony bezpośrednio w załączniku do ustawy.

6. Podkreślając swoje poparcie dla poszerzenia kręgu osób objętych ustawą o pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że prawo do wzrostu wynagrodzenia zasadniczego dla tej grupy pracowników nie może być iluzoryczne. Zastrzeżenia budzi więc fakt, że projektowana ustawa określa dla pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny współczynnik pracy na poziomie 0,53. Przy wskazanej w ustawie wysokości podstawy naliczania w kwocie 3.900 złotych kwota minimalnego wynagrodzenia wyniosłaby 2.067 złotych. Należy w tym miejscu przypomnieć, że zgodnie z ustawą z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę i wydanym na jej podstawie rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 12 września 2017 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 1747) od dnia 1 stycznia 2018 r. minimalne wynagrodzenie za pracę w Polsce wynosi 2.100 zł. Można zatem stwierdzić, że opiniowana ustawa nie tylko nie gwarantuje realnego wzrostu wynagrodzenia zasadniczego dla tej grupy pracowników, ale wręcz przewiduje dla nich wynagrodzenie niższe niż płaca minimalna obowiązująca w Polsce.

7. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że proponowana nowelizacja nie będzie skutkowałą przekazaniem podmiotom leczniczym dodatkowych środków finansowych z budżetu państwa czy Narodowego Funduszu Zdrowia. A zatem po raz kolejny wzrasta obciążenie podmiotów leczniczych bez zapewnienia ich finansowania. Naczelna Rada Lekarska

domaga się wprowadzenia do ustawy mechanizmu zwiększającego finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w związku z podwyżkami przewidzianymi w ustawie.

8. Zastrzeżenia budzi art. 5 ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia, który nie będzie zmieniany w projektowanej nowelizacji. Przepis ten wskazuje, że: „W porozumieniu albo zarządzeniu określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonującej zawodu medycznego, tak aby wynagrodzenie to odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganych przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonych usług”. Skoro ustawa nie określa najniższego wynagrodzenia zasadniczego tej grupy pracowników podmiotu leczniczego, to niecelowe jest zobowiązanie pracodawcy do corocznego ujmowania tej grupy pracowników w porozumieniu lub zarządzeniu.

9. Wątpliwości budzi także zawarte w ocenie skutków regulacji stwierdzenie, że ustawa nie ma wpływu na sektor finansów publicznych. Stwierdzenie to nie odpowiada rzeczywistości, bowiem każda istotna zmiana regulacji wynagrodzeń znacznej grupy pracowników w sposób oczywisty dodatnio wpływa na sektor finansów publicznych.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 2/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 15 czerwca 2018 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, przekazany przy piśmie Pani Józefy Szczurek-Zelazko – Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia., znak: ROR.450.9.16.2018.TM, pozytywnie ocenia przewidziane w projekcie rozwiązanie, mające zapewnić wzrost wynagrodzenia ratowników medycznych, z zastrzeżeniem że zwiększenie wynagrodzenia powinno nastąpić w postaci wzrostu wynagrodzenia zasadniczego.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 3/18/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 15 czerwca 2018 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, o którym Minister Zdrowia poinformował w piśmie z dnia 30 maja 2018 r., znak:

OZO.0212.3.2018.CP, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu ustawy.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

Obwieszczenia z dnia 4 czerwca 2018 r.

**OBWIESZCZENIE
PRZEWODNICZĄCEGO KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XIV KRAJOWEGO ZJAZDU
LEKARZY W WARSZAWIE
z dnia 4 czerwca 2018 r.**

o wynikach wyborów na Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r., poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu Komisji Wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się, co następuje: na stanowisko **Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej** na okres VIII kadencji (2018-2022) został wybrany: **lek. Andrzej Matyja**.

PRZEWODNICZĄCY
XIV KRAJOWEGO
ZJAZDU LEKARZY

PRZEWODNICZĄCY
KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ

Grzegorz Krzyżanowski Ładysław Nekanda-Trepka

**OBWIESZCZENIE
PRZEWODNICZĄCEGO KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XIV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 4 czerwca 2018 r.**

o wynikach wyborów na Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r., poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu Komisji Wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się, co następuje:

Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej na okres VIII kadencji (2018-2022) został wybrany: **lek. Grzegorz Wrona**.

PRZEWODNICZĄCY PRZEWODNICZĄCY
XIV KRAJOWEGO KRAJOWEJ
ZJAZDU LEKARZY KOMISJI WYBORCZEJ
Grzegorz Krzyżanowski Ładysław Nekanda-Trepka

**OBWIESZCZENIE
PRZEWODNICZĄCEGO KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XIV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 4 czerwca 2018 r.**
o wynikach wyborów do Naczelnej
Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r., poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu Komisji Wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się, co następuje: członkami Naczelnej Rady Lekarskiej na okres VIII kadencji (2018-2022) zostali wybrani:

1. lek. Biliński Jarosław
2. lek. Bulsa Michał
3. lek. Cieśllicki Jan
4. lek. dent. Cisko Andrzej
5. lek. dent. Dudziński Leszek
6. lek. dent. Hoffman Bożena
7. lek. dent. Lindorf Małgorzata
8. lek. dent. Pacholec Anita
9. lek. dent. Paluszek Dariusz
10. lek. dent. Ruchała-Tysler Agnieszka
11. lek. dent. Stępnik-Mardzyńska Alina
12. lek. dent. Szczurko Jolanta
13. lek. dent. Świętkowska Iwona
14. lek. dent. Woszczyk Jacek
15. lek. Drobnik Artur
16. lek. Dziedzic Mieczysław
17. lek. Friediger Jerzy
18. lek. Golański Ryszard
19. lek. Goniewicz Mariusz
20. lek. Hamankiewicz Maciej
21. lek. Hankiewicz Dariusz
22. lek. Imiela Tomasz
23. lek. Jakubiszyn Jerzy
24. lek. Janikowski Mariusz
25. lek. Janusz Przemysław
26. lek. Jasek Łukasz
27. lek. Jodłowski Marek
28. lek. Kaźmierczak-Zagórska Zyta
29. lek. Kępa Ryszard
30. lek. Kłoczko Janusz
31. lek. Kordel Krzysztof
32. lek. Kowalcuk Jan
33. lek. Kozakiewicz Jacek
34. lek. Krajewski Romuald
35. lek. Krzyżanowski Grzegorz
36. lek. Madej Krzysztof

37. lek. Marchewka Krzysztof
38. lek. Matuszewski Michał
39. lek. Mazur Grzegorz
40. lek. Moczyłowska Marta
41. lek. Patecki Damian
42. lek. Romańczyk Tomasz
43. lek. Sinica Mikołaj
44. lek. Spustek Janusz
45. lek. Staszak-Kowalska Radosława
46. lek. Szczepara Robert
47. lek. Tętnowski Jacek
48. lek. Urbański Bartosz
49. lek. Wojnar Andrzej
50. lek. Wojnowski Łukasz

PRZEWODNICZĄCY PRZEWODNICZĄCY
XIV KRAJOWEGO KRAJOWEJ
ZJAZDU LEKARZY KOMISJI WYBORCZEJ
Grzegorz Krzyżanowski Ładysław Nekanda-Trepka

**OBWIESZCZENIE
PRZEWODNICZĄCEGO KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XIV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 4 czerwca 2018 r.**
o wynikach wyborów
na Zastępcę Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r., poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu Komisji Wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się, co następuje: Zastępcami Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres VIII kadencji (2018-2022) zostali wybrani:

1. lek. Adamowicz Robert
2. lek. Bieńko Teresa
3. lek. Bierca Jacek
4. lek. Cymerys Maciej
5. lek. Dach Krzysztof
6. lek. dent. Barański Jacek
7. lek. dent. Matthews-Brzozowska Teresa
8. lek. dent. Rodziewicz-Kabarowska Marta
9. lek. dent. Serafinowska-Kielczewska Anna
10. lek. dent. Szałkowski Marek
11. lek. dent. Tarkowska Anna
12. lek. Drozd Wojciech
13. lek. Głińska Anna
14. lek. Gryglas Piotr
15. lek. Hartwich Artur
16. lek. Korta Teresa
17. lek. Kuzyszyn Zbigniew
18. lek. Kuźawczyk Andrzej
19. lek. Lubicki Krzysztof
20. lek. Majewski Włodzimierz
21. lek. Małecka-Kuźawczyk Krystyna
22. lek. Małecki Janusz

23. lek. Nekanda-Trepka Ładysław
24. lek. Orzeł Mieczysław
25. lek. Pyziak-Kowalska Karolina
26. lek. Rybkiewicz Marek
27. lek. Swoboda Kazimierz
28. lek. Szeląg Joanna
29. lek. Waryszewska-Chrzastek Zofia
30. lek. Wenglarzy-Kowalczyk Wanda
31. lek. Żak Lech

PRZEWODNICZĄCY PRZEWODNICZĄCY
XIV KRAJOWEGO KRAJOWEJ
ZJAZDU LEKARZY KOMISJI WYBORCZEJ
Grzegorz Krzyżanowski Ładysław Nekanda-Trepka

**OBWIESZCZENIE
PRZEWODNICZĄCEGO KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XIV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 4 czerwca 2018 r.**
o wynikach wyborów do Naczelnego
Sądu Lekarskiego

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r., poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu Komisji Wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się, co następuje: członkami Naczelnego Sądu Lekarskiego na okres VIII (2018-2022) kadencji zostali wybrani:

1. lek. Bednorz Włodzimierz
2. lek. Bień Stanisław
3. lek. Bukowski Marek
4. lek. Chatkowski Lech
5. lek. dent. Chojnacki Zygmunt
6. lek. Daroszeńska Danuta
7. lek. Dec Anna
8. lek. Fórmaniak Jacek
9. lek. Gorczyński Tomasz
10. lek. Janowski Marian
11. lek. Juzala Ireneusz
12. lek. Kacalak Jacek
13. lek. Kocot Jacek
14. lek. Kostewicz Waldemar
15. lek. dent. Kożuch Wojciech
16. lek. Kruszewski Jerzy
17. lek. Latos Iwona
18. lek. Latoszek-Skierowska Agnieszka
19. lek. Lesyng-Pawłowska Grażyna
20. lek. Łącki Wojciech
21. lek. dent. Łyczewska Mariola
22. lek. Malkowski Wojciech
23. lek. Matkowski Jerzy
24. lek. Matysiak Paweł
25. lek. Miarka Jacek
26. lek. Miernik Sylwia
27. lek. Minowski Piotr
28. lek. Nosarzewski Jerzy
29. lek. Orliński Leszek
30. lek. dent. Pędich Rafał
31. lek. Roztoczyński Ryszard

32. lek. dent. Telega Michał
33. lek. Winciunas Piotr
34. lek. dent. Wysokińska-Miszczuk Joanna
35. lek. Zatorski Krzysztof
36. lek. Zelenay Wojciech
37. lek. Zieliński Krzysztof

PRZEWODNICZĄCY PRZEWODNICZĄCY
XIV KRAJOWEGO KRAJOWEJ
ZJAZDU LEKARZY KOMISJI WYBORCZEJ
Grzegorz Krzyżanowski Ładysław Nekanda-Trepka

**OBWIESZCZENIE
PRZEWODNICZĄCEGO KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XIV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 4 czerwca 2018 r.**
o wynikach wyborów do Naczelnej
Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r., poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu Komisji Wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się, co następuje: członkami Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VIII kadencji (2018-2022) zostali wybrani:

1. lek. Antkowski Grzegorz
2. lek. Borowiecki Maciej
3. lek. Gruenpeter Paweł
4. lek. Hapyn Stanisław
5. lek. Król Jarosław
6. lek. dent. Laska Piotr
7. lek. Mazur Jacek
8. lek. Orłowska-Heitzman Jolanta
9. lek. Płużański Filip
10. lek. Ródkiewicz Joanna
11. lek. Sobieski Paweł
12. lek. Starzyńska Anna
13. lek. dent. Teodorczyk Halina
14. lek. Wilmonska-Pietruszyńska Anna
15. lek. dent. Wojnarowicz Elżbieta

PRZEWODNICZĄCY PRZEWODNICZĄCY
XIV KRAJOWEGO KRAJOWEJ
ZJAZDU LEKARZY KOMISJI WYBORCZEJ
Grzegorz Krzyżanowski Ładysław Nekanda-Trepka

**OBWIESZCZENIE
PRZEWODNICZĄCEGO KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
XIV KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY
W WARSZAWIE
z dnia 4 czerwca 2018 r.**
o wynikach wyborów do Krajowej
Komisji Wyborczej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r., poz. 168) oraz

§ 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu Komisji Wyborczej Zgromadzenia Wyborczego XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy obwieszcza się, co następuje:

- członkami Krajowej Komisji Wyborczej na okres VIII kadencji (2018-2022) zostali wybrani:
1. lek. dent. Barucha Paweł
 2. lek. Buxakowska Karina
 3. lek. Dura Maria
 4. lek. Janikowski Mariusz
 5. lek. Jodłowski Marek
 6. lek. dent. Kaatz Wojciech
 7. lek. Kardas Włodzimierz
 8. lek. Kaźmierczak-Zagórska Zyta
 9. lek. dent. Kotuła Jacek
 10. lek. Malicki Mariusz
 11. lek. Marchewka Krzysztof
 12. lek. Nekanda-Trepka Ładysław
 13. lek. Orłowska-Heitzman Jolanta
 14. lek. Radziszewska Dorota
 15. lek. Sobczyński Stefan
 16. lek. Susłowski Paweł
 17. lek. Tuszyński Krzysztof
 18. lek. dent. Tyszelek Łukasz
 19. lek. Wanecki Jarosław
 20. lek. Zmysłowska Anna

PRZEWODNICZĄCY PRZEWODNICZĄCY
XIV KRAJOWEGO KRAJOWEJ
ZJAZDU LEKARZY KOMISJI WYBORCZEJ
Grzegorz Krzyżanowski Ładysław Nekanda-Trepka

Obwieszczenia z dnia 25 czerwca 2018 r.

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.**

o wynikach wyborów na stanowisko Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko Wiceprezesa Naczelnej Rady

Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej - wybory Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Wiceprezesami Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2018-2022 zostali:

**lek. Jacek Kozakiewicz,
lek. Krzysztof Madej,
lek. dent. Andrzej Cisko.**

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.**

o wynikach wyborów na stanowisko Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej - wybory Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Skarbnikiem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2018-2022 został **lek. Grzegorz Mazur.**

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.**

o wynikach wyborów na stanowisko Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady

Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej - wybory Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Sekretarzem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2018-2022 został **lek. Marek Jodłowski.**

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.**

o wynikach wyborów na stanowisko Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej - wybory Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Sekretarzem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2018-2022 został **lek. Artur Drobnik.**

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.**

o wynikach wyborów na stanowisko członka Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania

członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko członka Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej - wybory członka Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że członkami Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2018-2022 zostali:

**lek. Michał Balsa,
lek. Jerzy Friediger,
lek. Andrzej Wojnar,
lek. dent. Dariusz Paluszek.**

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.**

o wynikach wyborów na stanowisko Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej - wybory Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Przewodniczącym Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres kadencji 2018-2022 została **lek. Jolanta Orłowska-Heitzman.**

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE

KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.

o wynikach wyborów na stanowisko
Wiceprzewodniczącego Naczelnej
Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się, co następuje: w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko Wiceprzewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Krajowej Komisji Rewizyjnej - wybory Wiceprzewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Wiceprzewodniczącymi Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres kadencji 2018-2022 zostali:
lek. Paweł Sobieski,
lek. dent. Halina Teodorczyk.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE

KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.

o wynikach wyborów na stanowisko
Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się, co następuje: w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia

Wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej - wybory Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Sekretarzem Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres kadencji 2018-2022 został **lek. Filip Płuzański.**

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE

KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.

o wynikach wyborów na stanowisko
Zastępcy Sekretarza Naczelnej Komisji
Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się, co następuje: w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko Zastępcy Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej - wybory Zastępcy Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Zastępcą Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres kadencji 2018-2022 został **lek. Jarosław Król.**

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE

KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.

o wynikach wyborów na stanowisko
Przewodniczącego Krajowej Komisji
Wyborczej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r.,

zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej obwieszcza się, co następuje: w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej - wybory Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Przewodniczącym Krajowej Komisji Wyborczej na okres kadencji 2018-2022 został **lek. Paweł Susłowski.**

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE

KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.

o wynikach wyborów na stanowisko
Zastępcy Przewodniczącego Krajowej
Komisji Wyborczej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej obwieszcza się, co następuje: w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko Zastępcy Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej - wybory Zastępcy Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Zastępcami Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej na okres kadencji 2018-2022 zostali:
lek. Zyta Kaźmierczak-Zagórska,
lek. dent. Jacek Kotuła.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE

KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.

o wynikach wyborów na stanowisko
Sekretarza Krajowej Komisji
Wyborczej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz

§ 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej obwieszcza się, co następuje: w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko Sekretarza Krajowej Komisji Wyborczej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej - wybory Sekretarza Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Sekretarzem Krajowej Komisji Wyborczej na okres kadencji 2018-2022 został **lek. Włodzimierz Kardas.**

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

OBWIESZCZENIE

KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 25 czerwca 2018 r.

o wynikach wyborów na stanowisko
członka Prezydium Krajowej Komisji
Wyborczej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej obwieszcza się, co następuje: w wyniku przeprowadzonych w dniu 15 czerwca 2018 r. wyborów na stanowisko członka Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Krajowej Komisji Wyborczej - wybory członka Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 15 czerwca 2018 r., ogłasza się, że członkiem Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej na okres kadencji 2018-2022 został **lek. Jarosław Wanecki.**

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

Obwieszczenia z dnia 2 lipca 2018 r.

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 2 lipca 2018 r.

o wynikach wyborów na stanowisko Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnego Sądu Lekarskiego obwieszcza się, co następuje: w wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Zastępcy Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnego Sądu Lekarskiego – wybory Zastępcy Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, z dnia 21 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Przewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego na okres kadencji 2018-2022 został: **lek. Jacek Miarka**.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Sustowski

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 2 lipca 2018 r.

o wynikach wyborów na stanowisko Zastępcy Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnego Sądu Lekarskiego obwieszcza się, co następuje: w wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Zastępcy Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, na podstawie protokołu komisji wyborczej

Zgromadzenia Wyborczego Naczelnego Sądu Lekarskiego – wybory Zastępcy Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, z dnia 21 czerwca 2018 r., ogłasza się, że Zastępcami Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego na okres kadencji 2018-2022 zostali: **Mariola Łyczewska – lekarz dentysta, Wojciech Łącki – lekarz**.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Sustowski

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 2 lipca 2018 r.

o wynikach wyborów na stanowisko I Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej obwieszcza się, co następuje: w wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko I Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – wybory I Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, z dnia 22 czerwca 2018 r., ogłasza się, że I Zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres kadencji 2018-2022 została: **lek. dent. Anna Tarkowska**.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Sustowski

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 2 lipca 2018 r.

o wynikach wyborów na stanowisko II Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2018 r. poz. 168) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały

Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej obwieszcza się, co następuje: w wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko II Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – wybory II Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, z dnia 22 czerwca 2018 r., ogłasza się, że II Zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na okres kadencji 2018-2022 została: **lek. Wanda Wenglarzy-Kowalczyk**.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Sustowski

Obwieszczenia z dnia 28 lipca 2018 r.

OBWIESZCZENIE PREZYDIUM KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 28 lipca 2018 r.

o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018, poz. 168) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., oraz § 4 ust. 3 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 28 lipca 2018 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lekarza Jacka Mazura, obwieszcza się co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VIII kadencji 2018-2022 **lekarza Jacka Mazura**.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Sustowski

OBWIESZCZENIE PREZYDIUM KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 28 lipca 2018 r.

o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018, poz. 168) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., oraz § 4 ust. 3 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 28 lipca 2018 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lekarza Macieja Borowieckiego, obwieszcza się co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VIII kadencji 2018-2022 **lekarza Macieja Borowieckiego**.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Sustowski

OBWIESZCZENIE PREZYDIUM KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 28 lipca 2018 r.

o uzyskaniu mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018, poz. 168) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., oraz § 4 ust. 3 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 28 lipca 2018 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej przez lekarza Grzegorza Guta, obwieszcza się co następuje:

Członkiem Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VIII kadencji 2018-2022 został **lekarz Grzegorz Gut**.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Sustowski

Legalna i... nieosiągalna



Od niespełna roku prawo pozwala na leczenie kannabinoidami. Lekarze wciąż jednak nie wypisują recept na medyczną marihuanę.

📍 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Medyczne zastosowanie marihuany jest dopuszczone prawem m.in. w Stanach Zjednoczonych, Izraelu, a także w 17 krajach Europy, jak: Austria, Czechy, Finlandia, Niemcy, Włochy, Portugalia, Holandia, Dania, Francja, Grecja, Irlandia, Chorwacja, Malta, Rumunia, Belgia, Szwajcaria, a od 1 listopada 2017 r. także w Polsce.

Po wejściu w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, leki wytworzone na bazie substancji zawartych w konopiach zostały zalegalizowane i miały być dostępne na receptę w polskich aptekach. Ustawa zdefiniowała Cannabis jako „surowiec farmaceutyczny” i dopuściła jego stosowanie w celach medycznych. Określiła też zasady postępowania lekarzy, którzy chcą przepisać swoim pacjentom konopie indyjskie.

PIERWSZY W POLSCE

Jedziemy na warszawski Ursynów, do Fundacji Hospicjum Onkologicznego św. Krzysztofa w Warszawie, by spotkać się z doktorem Jerzym Jaroszem, anestezjologiem, specjalistą leczenia bólu, który w lipcu 2015 r. uruchomił tu pierwszy w kraju punkt informacyjny o leczeniu medyczną marihuaną. Dzięki temu pacjenci mogą tutaj bezpłatnie uzyskać odpowiedzi na nurtujące ich pytania. Raz w tygodniu doktor Jarosz wraz z zespołem przyjmuje chorych, wcześniej jednak zawsze prosi o kontakt telefoniczny lub e-mailowy. Dlaczego zajął się tym tematem? – Pewnego dnia powiedziałem sobie, że nie do przyjęcia jest, by chory nie mógł w Polsce porozmawiać z lekarzem i dowiedzieć się, jaką pomoc może otrzymać, stosując konopie – odpowiada. Czy wprowadzenie zmian w prawie wpłynęło pozytywnie na dostęp do terapii kannabinoidowej? – Nowelizacja ustawy nie zmieniła prawie nic. Pacjenci wciąż ryzykują i kupują surowiec na czarnym rynku, ponieważ

^ Jerzy Jarosz.

nie ma go w polskich aptekach. Jeszcze żaden producent nie uzyskał w naszym kraju koncesji na jego sprzedaż. Procedury dotyczące rejestracji produktów z konopi są tak restrykcyjne, że do chwili obecnej do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych złożono tylko jeden wniosek o rejestrację suszu z marihuany. Niby wolno leczyć medyczną marihuaną, ale w praktyce i tak nie można, bo nie ma czym – podsumowuje.

Czy jest jakaś legalna alternatywa dla chorych? – Można sprowadzić preparaty z zagranicy, w ramach tzw. importu docelowego. Wystawiony przez lekarza leczącego wniosek musi być zatwierdzony przez konsultanta wojewódzkiego w określonej dziedzinie medycyny, a następnie podpisany przez ministra zdrowia. Mam pod opieką kilku pacjentów, którzy korzystają z importu docelowego. Niestety, żaden z nich nie uzyskał zgody na refundację. Chociaż zezwalają na to przepisy, w praktyce to walka z wiatrakami – wyjaśnia. I dodaje: – Wiem, że kilkorgu dzieciom zrefundowano takie leczenie, ale jak na razie żadnemu z moich pacjentów. Mam czterdziestoletnią chorą na nowotwór, AIDS, z zaburzeniami psychicznymi i uzależnioną od leków, u której efekty terapeutyczne po zastosowaniu preparatów marihuany były na tyle dobre, że zaczęła normalnie funkcjonować, odstąpiła od eutanazji, której planowała poddać się za granicą. Jednak minister odrzucił jej wniosek o refundację, motywując swoją odmowę opinią konsultanta ds. psychiatrii, który napisał, że znane są przypadki psychozy u pacjentów przyjmujących marihuanę. Pacjentka nigdy nie miała psychozy, nie jest do niej predysponowana, więc ta opinia się nie odnosi do niej. Ale dla ministerstwa to nie ma znaczenia. Z kolei konsultant krajowy ds. neurologii wydaje opinie typu: nie rekomenduję, ponieważ od marihuany można się uzależnić. Czy od insuliny pacjent jest uzależniony? Jest, bo bez niej nie byłby w stanie funkcjonować... I na podstawie takich opinii wnioski o refundację są odrzucane – mówi doktor Jarosz, nie kryjąc oburzenia.

W Polsce od 2012 r. dostępny jest lek zawierający standaryzowany ekstrakt z konopi indyjskich, którego czynnymi składnikami



są tetrahydrokannabinol (THC) i kannabidiol (CBD) w proporcjach 1 : 1. 10-mililitrowa butelka ekstraktu kosztuje ponad 2500 zł. – To w najlepszym wypadku miesięczna kuracja. Lek nie jest refundowany. W czasie badań klinicznych z tym lekiem widziałem szereg zaskakujących efektów – wyjaśnia dr Jarosz. – Mieliśmy na przykład pacjentkę z rakiem trzustki, leżącą. Po wdrożeniu leczenia, ku zaskoczeniu wszystkich, wróciła do życia, upieklą dla nas sernik, odbierała wnuczkę ze szkoły. Dostała kilka dodatkowych miesięcy życia – podpowiada pielęgniarka, mgr Małgorzata Czaplińska. Oczywiście to nie są dowody naukowe, ale nie można tego bagatelizować.

Czy medyczna marihuana faktycznie działa? – Jest wiele badań potwierdzających skuteczność w leczeniu spastyczności, bólu, nudności, wyniszczenia, padaczki lekoopornej. W innych wskazaniach ciągle brakuje twardych dowodów. Z obserwacji wielu lekarzy na całym świecie wynika, że nie można lekceważyć właściwości marihuany i powinno się kontynuować badania. Do tej pory było to trudne, bo lek postrzegany był wyłącznie jako narkotyk. To się jednak powoli zmienia – wyjaśnia doktor Jarosz. I jak zaznacza, w Polsce wiedza na temat leczenia medyczną marihuaną jest niewielka, i to nie tylko wśród pacjentów, ale także lekarzy.

JEDYNA TAKA PODSTAWÓWKA

Punktów konsultacyjnych dla pacjentów ze wskazaniem do leczenia marihuaną jest jak na lekarstwo. Jeden z nich jest szczególnie, bo otrzymał oficjalne wsparcie władz lokalnych. Działa w Koninie od lipca 2017 r. Potrzebę stworzenia takiej jednostki zgłoszono w ramach Konińskiego Budżetu Obywatelskiego. Co prawda w pierwszym etapie zabrakło kilku głosów, aby projekt przeszedł, ale ostatecznie udało się przekonać do tego pomysłu władze miasta. Co więcej, kiedy pierwotna siedziba okazała się zbyt mała, nie

było problemu ze znalezieniem bardziej obszernego lokalu. I to nie byle gdzie, bo w budynku jednej ze szkół podstawowych... Jedziemy do Konina.

– Słowo marihuana w dalszym ciągu ma mocno pejoratywne znaczenie. Przyznam, że wyniki głosowania w budżecie obywatelskim były dla mnie niemałym zaskoczeniem. Nie miałem jeszcze wtedy pojęcia, czym właściwie jest medyczna marihuana, ale inicjatorzy tego pomysłu, Małgorzata Wagner i Elżbieta Ptak, podzieliły się ze mną swoją ogromną wiedzą. Pomyślałem, że skoro są ludzie, którzy cierpią, a można im pomóc, to taki punkt należy stworzyć. Zrobiliśmy coś dobrego, nie mam co do tego wątpliwości – wyjaśnia w czasie spotkania w ratuszu Józef Nowicki, prezydent Konina. Czy nie bał się podjąć takiej decyzji? – Tu przychodzą ludzie potrzebujący pomocy, a nie szukający używek. Pewnie jakieś obawy z tyłu głowy były, ale kiedy otrzymałem taką dawkę informacji na temat leczenia z wykorzystaniem medycznej marihuany, byłem przekonany, że to dobra inicjatywa. Po uruchomieniu punktu spotkałem się z wieloma pozytywnymi reakcjami, i to nie tylko tu, lokalnie, ale z całego kraju. Nie padł żaden krytyczny głos – opowiada. I deklaruje, że miasto nadal będzie wspierać tę inicjatywę.

▲ **Adrian Filipczak, Cezary Borowski, Beata Wiatrowska.**

▼ **Małgorzata Wagner, Józef Nowicki, Elżbieta Ptak.**



Punkt prowadzi Fundacja Aleją Zdrowia od Juniora do Seniora, a kieruje nim Cezary Borowski, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz Małgorzata Wagner, farmaceutka i członek Obywatelskiego Komitetu Koalicji Medycznej Marihuany. W tym roku do zespołu dołączyli: Adrian Filipczak, neurolog oraz Beata Wiatrowska, psychoonkolog. We wtorki i w czwartki prowadzone są zapisy na konsultacje do poszczególnych specjalistów, dodatkowo w każdą środę w godzinach popołudniowych pod telefonem dyżuruje Małgorzata Wagner, udzielając konsultacji dotyczących farmakoterapii.

Dzisiaj dzień przyjęć. Zapisanych jest 18 pacjentów, w tym dziecko. Przed chwilą przyjechał mężczyzna z porażeniem mózgowym, kilku innych czeka na korytarzu. Udaje nam się chwilę porozmawiać z Elżbietą Ptak, prezes fundacji. – Zainteresowanie pacjentów przeszło nasze najśmielsze oczekiwania. Chorzy z Konina są przyjmowani bezpłatnie, ponieważ ich wizyty są refundowane przez prezydenta miasta – opowiada. Jaką pomoc mogą otrzymać pacjenci? – Wyjaśniamy, jak działają kannabinoide, co na ich temat wie medycyna, w jakich chorobach mogą pomóc. Oferujemy też pomoc psychologa, gdyż zmaganie się na co dzień z ogromnym bólem i chorobą wyniszcza także psychicznie – wyjaśnia pani Elżbieta. Pytamy, jak to możliwe, że punkt konsultacyjny medycznej marihuany znalazł się w miejscu, gdzie uczą się dzieci? – Może trudno w to uwierzyć, ale wszyscy byli do nas przychylnie nastawieni. Zanim przeniesiliśmy tu naszą siedzibę, odbyło się spotkanie z dyrektorem placówki oraz z rodzicami dzieci i nikt nie protestował – wyjaśnia z uśmiechem.

WSPARCIE TOWARZYSZĄCE

Do pokoju wchodzi mgr Beata Wiatrowska, psychoonkolog, psychoterapeuta, supervisor psychoonkologii. Właśnie skończyła przyjmować pacjentów. – Spotykam tu ludzi, których największym problemem jest ból i brak wsparcia w cierpieniu. Konsultując ich, wiele się też uczę. Chorzy dzielą się ze mną swoimi obawami związanymi z terapią marihuaną, zadają też stricte medyczne pytania, ale wówczas odsyłam ich do naszych lekarzy. Tak naprawdę moją rolą jest wysłuchanie, wsparcie, towarzyszenie w procesie leczenia. Dzięki rozpoznaniu swoich emocji pacjent ma szansę coś zrobić, zmienić, opanować lęk, niepokój, bezradność czy chaos. Bólowi przewlekłemu towarzyszy przynębnienie, brak nadziei

na zmianę. Chory skupia się wyłącznie na tym, aby nie bolało, a życie dla wielu staje się cierpieniem. Towarzyszy im przekonanie, że tak już będzie, że nic się nie zmieni. Moją rolą jest wówczas praca nad zmianą przekonania, żeby pomóc zdjąć z pacjenta ból emocjonalny. Pomagam swoim pacjentom żyć z chorobą i jej konsekwencjami, by nie zatapiał się w chorobie, bez nadziei. Słyszę też pytania, których chorzy nie mają odwagi zadać lekarzowi, a może nie zadają, bo po prostu boją się odpowiedzi – wyjaśnia. Którzy pacjenci są najtrudniejsi? – Nie ma trudnych pacjentów, mogą być co najwyżej bardziej wymagający lub zmagający się z własnymi trudnościami. Niektórzy mogą stanowić dla mnie wyzwanie, ale to dobrze, bo jestem ciekawa każdego człowieka – uśmiecha się i widać, że naprawdę lubi swoją pracę. Zresztą cały zespół to ludzie z pasją.

DORADZIĆ, NIE LECZYĆ

O chwilę rozmowy prosimy też mgr Małgorzatę Wagner, która jako farmaceutka wyjaśnia nam, co można mieć na świecie, a czego w Polsce brak. Okazuje się, że w krajach, gdzie apteki dysponują medyczną marihuaną, można kupić zarówno produkty na bazie marihuany syntetycznej, jak i pochodzenia naturalnego. Ten dostępny w Polsce, o czym wspominał już dr Jarosz, jest syntetyczny i zawiera tylko dwa składniki: CBD i THC. – Izraelczycy mają w sprzedaży wszystkie zarejestrowane i dopuszczone do obrotu odmiany marihuany. Każda terapia jest indywidualna. Lekarz pyta pacjenta, która z form podania będzie dla niego najwygodniejsza, a farmaceuta z ekstraktów marihuany może przygotować każdą postać leku recepturowego: maści, czopki, globulki, spray. Bo medyczna marihuana to surowiec farmaceutyczny do wykonywania leku recepturowego – wyjaśnia mgr Wagner. – Zastanawiałam się, jak to możliwe, że nie uczyłam się tego wszystkiego na studiach. Wiedzę zdobyłam dopiero wówczas, gdy trafiła do mnie pacjentka z dzieckiem chorującym na padaczkę lekooporną. Powiedziała, że w Warszawie jest taki lekarz, który pomaga dzieciom, podając im medyczną marihuanę. To było jeszcze, zanim wybuchła afera wokół dra Marka Bachańskiego. Zaczęłam czytać, drażyć, zgłębiać. I byłam

w szoku, że w Polsce nie leczy się medyczną marihuaną – opowiada.

W naszą rozmowę włączają się dwaj pracujący tu lekarze. Pytamy, dlaczego zajęli się tym tematem. – Pracuję w oddziale neurologii konińskiego szpitala. Pewnego dnia do SOR, gdzie konsultuję pacjentów, trafiła młoda kobieta, która od lat leczyła się farmakologicznie z powodu zespołu bólowego kręgosłupa. Leczenie nie przynosiło oczekiwanego efektu, nie była w stanie w pełni funkcjonować. Ja też niejednokrotnie miałem wrażenie, że powszechnie stosowana medycyna nie zawsze jest wystarczającą odpowiedzią na choroby pacjentów. Wtedy ta pacjentka w rozmowie powiedziała mi, że zdecydowała się na leczenie kannabinoidami. To miało miejsce w czasie, kiedy w Polsce ten rodzaj oddziaływań medycznych wzbudzał kontrowersje lub nawet był bojkotowany. Trudno było uwierzyć, że będzie to realne. Ta rozmowa właśnie to urealniła i stanowiła asumpt do tego, że zacząłem swoją wiedzę i praktykę rozwijać o zastosowanie kannabinoidów – opowiada doktor Adrian Filipczak, neurolog. – Pacjenci na własną rękę zaczynają przyjmować preparaty, a potem pytają lekarza, jak łączyć taką terapię z innymi lekami. Musieliśmy zacząć się uczyć i obserwować, jak to działa – dopowiada anestezjolog Cezary Borowski. I podkreśla: – To jest punkt konsultacyjny. Możemy doradzić, ale nie możemy leczyć. Tu pacjent nie otrzyma recepty. Pacjenci dowiadują się

od nas, jak działa terapia konopiami i w przypadku jakich schorzeń można ją zastosować. Wcześniej wiedzę pozyskiwali w internecie.

Jak reagują inni lekarze na hasło marihuana? – Pacjenci ich przekonują, że takie leczenie naprawdę przynosi ulgę – odpowiada. – Ci lekarze, których znam, chcą poszerzać wiedzę, są zainteresowani tym tematem. Prowadziłem nawet miniskolenia na naszym oddziale, żeby przybliżyć, jakie możliwości daje leczenie medyczną marihuaną – mówi dr Borowski. Są leki przeciwbólowe, więc po co medyczna marihuana? – Każdy ból jest procesem złożonym, każdy lek inaczej działa. Kannabinoidy działają ogólnoustrojowo, sprzyjając leczeniu przeciwbólowemu, ale nie tylko. Dlatego je stosujemy – wyjaśnia. – Są też pacjenci, którzy nie chcą przyjmować środków farmakologicznych – dodaje dr Filipczak. – Albo nie mogą – uzupełnia anestezjolog.

A jak wygląda import docelowy w przypadku pacjentów z tej części Polski? Większość chorych poddaje się, kiedy tylko rozpoczyna załatwianie formalności. – Tylko jednemu z moich pacjentów udało się sprowadzić lek – opowiada dr Borowski. – Wszystko trwało niestety tak długo, że kiedy lek był już w Polsce, pacjent w drodze do apteki zmarł. Znalazł się kolejny chętny, aby go kupić. Poszedł do apteki, kupił lek, wrócił z nim do domu, ale go nie zdążył zażyć. Zmarł. Od dwóch dni jeden z moich pacjentów zastanawia się, czy zdecydować się kupić ten lek... – kończy. Wszyscy patrzą na lekarza z niedowierzaniem. To żart? – pytamy. – Nie, ani żart, ani anegdota. To się wydarzyło naprawdę – odpowiada.

Wracamy do Warszawy, spędzając w samochodzie kilka godzin w milczeniu. Historia opowiedziana na końcu zostaje bez komentarza... (O)



▲ Punkt konsultacyjny w Koninie.

PUNKTÓW KONSULTACYJNYCH DLA PACJENTÓW ZE WSKAZANIEM DO LECZENIA MARIHUANĄ JEST JAK NA LEKARSTWO.

FAKT

Jest wiele badań potwierdzających skuteczność medycznej marihuany w leczeniu spastyczności, bólu, nudności, wyniszczenia, padaczki lekoopornej.

RODO – wątpliwości ciąg dalszy

Dostosować procedury, odczekać kilka tygodni, sprawdzić, czy wszystko gra i zapomnieć – taki plan miała część osób odpowiedzialnych za wdrożenie obowiązków wynikających z wejścia w życie unijnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych [RODO].

MARIUSZ TOMCZAK

Mylili się ci, którzy tak myśleli. RODO obowiązuje w całej Unii Europejskiej od 25 maja, ale wciąż pojawiają się pytania, na które nie ma odpowiedzi, a interpretacja stanowi czasami twardy orzech do zgryzienia. – Przepisy związane z RODO są mało konkretne, dlatego ciągle rodzą się wątpliwości – przyznaje Andrzej Cisko, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Sytuacja jest na tyle poważna, że przy Ministerstwie Cyfryzacji powołano grupę roboczą ds. ochrony danych osobowych, mającą przygotować wytyczne dotyczące najważniejszych zagadnień, m.in. w ochronie zdrowia. Nie powinno dziwić i to, że samorząd lekarski uczestniczy w pracach nad tworzeniem Kodeksu branżowego RODO w ochronie zdrowia. Jego opracowanie reguluje art. 40 RODO. Dokument będzie mógł być stosowany przez wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą niezależnie od formy prawnej, struktury właścicielskiej i podmiotu tworzącego.

PRZEPISY NIE ZWALNIAJĄ OD MYŚLENIA

Tuż po wejściu w życie unijnego rozporządzenia na „zakopanie” zderzył się autobus pełen młodzieży szkolnej z tirem. Pojazdy spadły ze skarp. Do szpitala trafiło kilkudziesięciu nastolatków. Personel nie chciał informować rodziców, czy w placówce



znajduje się akurat ich dziecko. – Nie możemy udzielać takich informacji przez RODO – słyszeli zrozpaczeni rodzice. Przez kilka godzin wykonywali dziesiątki telefonów, nie wiedząc, w jakim stanie są ich pociechy. Kto byłby spokojny o swoich bliskich, wiedząc z mediów, że do wypadku z ich udziałem przyleciało kilka śmigłowców Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, a nawet helikopter wojskowy? Tak było właśnie w tym przypadku. Ta sytuacja doskonale potwierdza nie tak odosobnioną opinię, że u niektórych osób odpowiedzialnych za wdrażanie

i stosowanie unijnego rozporządzenia nowe przepisy wywołały panikę. Chcieliby wszystkiego zabronić i zakazać, zapominając, że kiedy oni lub ktoś z ich najbliższych trafi np. do szpitala, to mogą natrafić na ten sam mur obojętności, który sami próbują postawić przed innymi. Żadne przepisy nie mogą zwalniać od myślenia, a RODO wcale nie jest tak straszne, jak niektórzy je malują.

GDY RODZIC DZWONI DO SZPITALA

Nie jest prawdą, że po wejściu w życie unijnego rozporządzenia osobie podającej się za rodzica przez telefon nie wolno udzielać informacji o stanie zdrowia i o pobycie jego dziecka w szpitalu. Konieczne jest jednak uprawdopodobnienie tożsamości osoby dzwoniącej. – Niedopuszczalne jest postępowanie zakładające z góry odmowę udzielenia informacji o stanie zdrowia pacjenta, w tym o jego pobycie w podmiocie leczniczym, bez jakiegokolwiek próby indywidualnego rozpatrzenia sygnału i weryfikacji osoby dzwoniącej – podkreśla Bartłomiej Chmielewicz, Rzecznik Praw Pacjenta. Dodaje, że nie ma określonych sposobów weryfikacji statusu osoby kontaktującej się ze szpitalem telefonicznie.

KARTY GORĄCZKOWE

Jak mówi Joanna Noga-Bogomilska, radca prawny w Departamencie

↗ **RODO wcale nie jest tak straszne, jak niektórzy je malują.**

Zarządzania Danymi w Ministerstwie Cyfryzacji, RODO nie zabrania wywieśzania kart gorączkowych przy łóżku pacjenta. W jej ocenie należy przyjąć, że są one niezbędne dla postawienia diagnozy i zapewnienia właściwego leczenia, ale należy zabezpieczyć znajdujące się na niej informacje (np. zasłonić, odwrócić), tak aby nie zostały ujawnione osobom trzecim. – Ochrona danych nie może przeszkadzać w leczeniu pacjenta – dodaje.

OPASKI DLA NOWORODKÓW I DOROSŁYCH

Zdaniem Joanny Noga-Bogomilskiej rezygnacja ze stosowania opasek z imieniem i nazwiskiem pacjenta, z czym mamy do czynienia w niektórych szpitalach po wejściu w życie RODO, jest działaniem na wyrost. – Identyfikacja pacjenta może być kluczowa dla jego bezpieczeństwa. Może się zdarzyć sytuacja, że hospitalizowany pacjent opuści swoją salę i zasłabnie, bez opaski będzie trudno określić jego personalia – mówi ekspertka z Ministerstwa Cyfryzacji. Podobnie sytuacja wygląda z opaskami z nazwiskiem matki zakładanymi u noworodków. – W tym przypadku przetwarzanie danych jest niezbędne ze względu na ochronę żywotnych interesów – wskazuje. – W przypadku opasek dla noworodków dopuszczone do przetwarzania danych są tylko określone osoby z personelu – podkreśla Tomasz Soczyński, dyrektor Zespołu Informatyki Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Ze stosowania opasek nie zrezygnowało m.in. Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie. – W szaleństwie utajniania danych nie możemy doprowadzić do katastrofy – mówi bez ogródek Beata Jagielska, zastępca dyrektora COI, dodając, że nie wolno doprowadzić do tego, by z powodu braku danych osobowych doszło do pomyłki i pacjentowi podano np. niewłaściwą chemioterapię. W COI w Warszawie dba się o czytelność danych na opaskach, a personel obowiązuje specjalna procedura,

co zrobić w sytuacji, gdy pacjent zgubi swoją opaskę. – Mamy pacjentów wiekowych, z upośledzoną świadomością, z którymi kontakt jest utrudniony. Nie zawsze są w stanie podać swoje imię i nazwisko, a lekarz musi mieć pewność, że ma do czynienia z konkretnym chorym – podkreśla Beata Jagielska. Znane są przypadki odmów wykonania przeszczepienia przez lekarzy, kiedy przeszczep – w obawie przed RODO – nie jako został zanonimizowany.

OBCHODY LEKARSKIE

W ostatnim czasie pojawiły się głosy, że należałoby zrezygnować z obchodów lekarskich, bo mogą zagrażać prawu pacjentów do prywatności. – Obchody lekarskie służą wymianie informacji na temat bieżącego stanu zdrowia pacjenta i są niezbędne do diagnozy. Jest podstawą w RODO, by uznać, że jest to dozwolone. Ważne jest odpowiednie zabezpieczenie organizacyjne, tak by informacje o stanie zdrowia nie były udostępniane wszystkim obecnym na sali – podkreśla Joanna Noga-Bogomilska. Warunki sprzyjające poszanowaniu prawa pacjenta do intymności można stworzyć, unikając zbyt głośnego mówienia, zachowując odpowiedni odstęp między pacjentami czy ustawiając parawan. Można również porozmawiać z pacjentem w innym pomieszczeniu albo – o ile to możliwe – poprosić inne osoby o opuszczenie sali.

GDY PACJENT ŻĄDA USUNIĘCIA DANYCH

A co zrobić, gdy do placówki medycznej zgłasza się pacjent z żądaniem usunięcia jego danych? Eksperci są zgodni – nie panikować i nie spieszyć się z taką decyzją. – Jeżeli nie znajdziemy żadnej podstawy prawnej, by takie dane dalej przetwarzać, mamy 30 dni na rozważenie wniosku o ich usunięcie – wyjaśnia Tomasz Soczyński. Jak mówi Zuzanna Kosakowska, administrator bezpieczeństwa informacji w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, prawo do usunięcia danych z dokumentacji

20

– tyle lat placówka musi przechowywać dokumentację medyczną od ostatniego wpisu.

medycznej właściwie nie funkcjonuje. Wynika to z obowiązywania m.in. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawy Pacjenta, na mocy której placówka musi prowadzić dokumentację medyczną i przechowywać ją przez 20 lat od ostatniego wpisu. – W świetle RODO każdy pacjent może złożyć wniosek o modyfikację danych, ale w zakresie dokumentacji medycznej ta poprawa może dotyczyć tylko i wyłącznie tej części danych osobowych, które nie wpływają na niezależną opinię lekarza i jego wiedzę – dodaje Zuzanna Kosakowska. Oznacza to, że pacjent może m.in. żądać zmiany swojego adresu, ale nie poprawienia dokumentacji medycznej dotyczącej postawionej diagnozy.

TABLICZKI NA GABINETACH LEKARSKICH

Część prawników upiera się, by z tabliczek z nazwiskami lekarzy usunąć ich specjalizacje, bo mogą informować albo przynajmniej sugerować o czymś stanie zdrowia. – To, że pacjent czeka pod drzwiami określonego specjalisty, jest informacją wrażliwą. Trzeba wyważenia interesów i dóbr prawnych. Rozwiązanie powinno być zależne od stanu zdrowia pacjenta i łatwości potencjalnego dostępu do lekarza – mówi Joanna Noga-Bogomilska. Ekspertka uważa, że w szpitalach informacje mogłyby pozostać, aby hospitalizowanym pacjentom ułatwić trafienie do odpowiedniego gabinetu, ale w przychodniach można by z nich zrezygnować. Być może na pytanie, czy na gabinetach lekarskich powinny być podane informacje, że przyjmuje w nich ginekolog, proktolog czy onkolog, odpowiedzą wytyczne, które opracuje wspomniana wcześniej grupa robocza. Pierwsze spotkania już się odbyły. Zespół pracuje nad stworzeniem czegoś w rodzaju wademecum, które pomoże w interpretacji przepisów. Jak dowiedziałem się w resorcie cyfryzacji, opracowany materiał trafi do konsultacji do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, a po akceptacji zostanie niezwłocznie opublikowany. Będzie stanowiskiem Ministerstwa Cyfryzacji i organów współtworzących dokument, jak chociażby ministra zdrowia czy Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie poruszanej w nim problematyki. ○

SAMORZĄD LEKARSKI UCZESTNICZY W PRACACH NAD TWORZENIEM KODEKSU BRANŻOWEGO RODO W OCHRONIE ZDROWIA.

Odpowiedź zapisana w krwi

GL
W Y W I A D

Z prof. **Tadeuszem Robakiem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Lucyna Krysiak**.

GL Jaka jest częstość występowania chorób układu krwiotwórczego?

Wśród wszystkich nowotworów choroby onkohematologiczne stanowią ok. 10 proc. W porównaniu z zachorowalnością na raka piersi czy płuca, można je zaliczyć do najrzadziej występujących. Jednak nienowotworowych chorób hematologicznych jest bardzo wiele.

Niedokrwistość z niedoboru żelaza występuje u setek tysięcy osób niezależnie od wieku, a nawet więcej, ponieważ pacjenci z niedokrwistością nie zawsze trafiają do hematologa. Jest to choroba łatwa do zdiagnozowania, wystarczy wykonać badanie krwi, dlatego przeważnie zajmują się nią lekarze rodzinni. Do szpitali lub poradni hematologicznych kierowani są pacjenci oporni na leczenie w POZ. Obecnie pod opieką hematologów znajduje się ok. 80 tys. chorych. Najwięcej z nowotworami układu krwiotwórczego – ostre i przewlekłe białaczki, chłoniaki i szpiczak plazmocytowy. Do tego trzeba dodać ponad 20 tys. chorujących na nowotwory rzadsze, co daje liczbę ponad 100 tys. chorych. Są to głównie chorzy na nowotwory układu krwiotwórczego z różnymi rodzajami niedokrwistości i zaburzeniami krzepnięcia krwi. Do tej grupy zalicza się też chorych z wrodzonymi skazami krwotocznymi, w leczeniu których z chwilą wprowadzenia refundacji leczenia wiele się zmieniło na lepsze. Staraniem m.in. Grupy Roboczej ds. Hemostazy Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów Ministerstwo Zdrowia opracowało Narodowy Program Leczenia Hemofilii i Pokrewnych Skaz Krwotocznych, którego założeniem jest powołanie ośrodków leczenia tej choroby w każdym województwie. Jeśli ten projekt zostanie sfinalizowany, chorzy mogą liczyć na jeszcze lepszą opiekę.

GL Które z chorób są najbardziej śmiertelne, a które już wyleczalne?

Najlepiej jest w chorobach układu chłonnego, zwłaszcza w agresywnych chłoniakach, np. rozlany chłoniak z dużych komórek B, gdzie wyleczalność przekracza 50 proc. Jeszcze lepiej jest w chłoniaku Hodgkina, gdzie wyleczalność sięga 80 proc. Z obciążonych olbrzymią, często wczesną śmiertelnością należy wymienić ostre białaczki, zwłaszcza u ludzi starszych. Mamy w Polsce ok. 1,5 tys. nowych rozpoznań tej choroby, a wyleczalność od kilkunastu do 30 proc. w zależności od wieku chorych i chorób współistniejących. Złuszczają

u chorych po 65. r.ż. rokowania są bardzo złe. U osób młodych odsetek wyleczeń przekracza 30 proc.

GL A leczenie to...

Przed wszystkim intensywna chemioterapia, która składa się z indukcji i konsolidacji, a u chorych ze złymi czynnikami prognostycznymi – allogeniczny przeszczep szpiku. Większość chorób onkohematologicznych to choroby nieuleczalne, ale przewlekłe. Jeśli weźmiemy pod uwagę indolentne chłoniaki: grudkowy, limfocytny, przewlekła białaczka limfocytowa, to pacjenci żyją wiele lat, choć wymagają opieki hematologa do końca życia.

GL Czy trudno zdiagnozować choroby układu krwiotwórczego?

Można je podejrzewać, wykonując podstawowe badania krwi, ale tego rodzaju badania są przeprowadzane za rzadko i wiele chorób jest wykrywanych przypadkiem. Mamy nadzieję, że za sprawą wielkiej akcji promocyjnej „Odpowiedź masz we krwi”, przygotowywanej przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii, jedną z firm, portal „Hematoonkologia” oraz nasze towarzystwo, to się zmieni. Będziemy za pomocą ulotek, plakatów, audycji radiowych namawiać do badania krwi. Morfologię powinno się robić przynajmniej raz w roku, a w Polsce tak nie jest. Badanie to pozwala zarówno wcześniej wykryć choroby krwi, głównie niedokrwistość, leukopenię, małopłytkowość, ale też przewidywać ich etiologię. Widać w nim także stopień zaawansowania różnych chorób.

GL Hematologia to dziedzina interdyscyplinarna – jak to rozumieć?

Wiele chorób niehematologicznych daje hematologiczne objawy. Dlatego często jesteśmy proszeni o konsultację. Najczęściej przez lekarzy zabiegowych, dla których układ krzepnięcia jest jednym z podstawowych kryteriów w podjęciu decyzji o operacji. Także wiele leków stosowanych poza hematologią wpływa na układ krwiotwórczy i to też wymaga weryfikacji. U wielu pacjentów neurologicznych, zwłaszcza z polineuropatią, występują zaburzenia, które mogą mieć podłoże hematologiczne, np. w proliferacji komórek wytwarzających patologiczne immunoglobuliny: gammapatie monoklonalne, szpiczak mnogi. Hematologia wkracza więc w wiele innych dziedzin. Tej interdyscyplinarności sprzyja fakt, że kliniki czy oddziały hematologiczne są najczęściej usytuowane w wieloprofilowych szpitalach.

ABSURD

NFZ nęka nas szczegółowymi sprawozdaniami z realizacji programów terapeutycznych (SMPT), a w hematologii realizuje się ich najwięcej.



◀ **Prof. Tadeusz Robak: – Dzięki niewiarygodnemu rozwojowi immunoterapii postęp dokonał się też w leczeniu wielu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego.**

GL W hematologii odnotowano ogromny postęp. Na czym on polega?

Dotyczy on diagnostyki i leczenia niemal wszystkich chorób układu krwiotwórczego, ale najbardziej spektakularnym przykładem są transplantacje szpiku. Pamiętam, kiedy rodziła się ta dziedzina medycyny. Będąc w latach osiemdziesiątych w Londynie, jako stypendysta uczestniczyłem w tym procesie, mając nadzieję, że wkrótce rozpoczniemy przeszczepianie szpiku również u nas. Obecnie jest to standardowa metoda leczenia wielu chorób onkologicznych, wcześniej nieuleczalnych, takich jak przewlekła białaczka szpikowa, która stała się uleczalna właśnie za sprawą przeszczepów szpiku. Wykonuje się je także w niektórych chorobach nienowotworowych, np. w ciężkiej postaci niedokrwistości aplastycznej czy we wrodzonych ciężkich niedoborach immunologicznych.

W Polsce dokonaliśmy olbrzymiego postępu w tej dziedzinie. Mamy 16 ośrodków, w których znajduje się 180 łóżek transplantacyjnych. To dwukrotnie więcej niż jeszcze kilka lat temu. Rocznie przeprowadzamy ponad 1700 przeszczepień i każdy jest refundowany. Postęp dokonał się też w gromadzeniu potencjalnych dawców do przeszczepów szpiku. Na 31 mln dawców na świecie, w Polsce jest ich 1,3 mln, dzięki czemu staliśmy się pod tym względem drugim krajem w Europie. To zasługa wielu osób i instytucji, ale też PTHiT, które promuje potrzebę bycia potencjalnym dawcą.

Dzięki niewiarygodnemu rozwojowi immunoterapii postęp dokonał się też w leczeniu wielu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego. Stworzono technologię przeciwciał monoklonalnych. Wytwarzane in vitro przeciwciała są wykorzystane w leczeniu nowotworów układu chłonnego, ale także w chorobach nienowotworowych, np. w nocnej napadowej hemoglobinurii. Rozwój

immunoterapii komórkowej sprawił, że od pacjenta z chłoniakiem czy białaczką pobiera się już limfocyty i tak je genetycznie modyfikuje, że po przeszczepieniu są one w stanie niszczyć nowotwór. Leczenie własnymi komórkami T, zwanymi CART, stwarza zupełnie nowe możliwości leczenia dotychczas bardzo źle rokujących chorób. Metoda zrodziła się w USA, ale już dotarła do Europy, do Polski jeszcze nie, z uwagi na ogromne koszty. Postęp dokonał się też w leczeniu przewlekłych białaczek szpikowej i limfocytowej. Dzięki wprowadzeniu do terapii inhibitorów kinaz, proteasomu i tzw. imidów, średni czas przeżycia chorych na szpiczaka mnogiego wydłużył się dwukrotnie.

GL CART to przyszłość, a o co obecnie toczy się bój?

O refundację terapii małymi cząsteczkami, inhibitorami kinaz, które diametralnie zmieniają los pacjentów. Są to syntetyzowane chemicznie małe cząsteczki, podawane najczęściej doustnie w formie tabletek. Są one stosunkowo mało toksyczne, stosowane na zasadzie tzw. terapii celowanej. Taka cząsteczka jest skierowana na jedną kinazę czy kilka kinaz odpowiedzialnych za patogenezę choroby. Kluczowym odkryciem w tej dziedzinie był lek imatynib, który z przewlekłej białaczki szpikowej uczynił ją rzeczywiście przewlekłą, ponieważ remisja choroby trwa czasem kilkadziesiąt lat. Imatynib i inhibitory kinaz kolejnych generacji w znacznym stopniu wyeliminowały przeszczepy szpiku w leczeniu tej choroby i są one bezpieczniejsze niż przeszczep.

GL Jaka jest dostępność do referencyjnych centrów leczenia chorób hemoonkologicznych?

Obecnie mamy w Polsce ponad 400 specjalistów w dziedzinie hematologii, w tym 150 w trakcie specjalizacji. Pracują oni w 42 oddziałach hematologicznych liczących 1,5 tys. łóżek. Pacjenci są więc zabezpieczeni. Gorzej z kadrą. Hematologia to dziedzina dla pasjonatów. Praca trudna, w stresujących warunkach, lekarze nie chcą więc kształcić się w tym kierunku, a zapotrzebowanie na wykształcone kadry rośnie. Ograniczeniem jest także biurokracja. NFZ nęka nas szczegółowymi sprawozdaniami z realizacji programów terapeutycznych (SMPT), a w hematologii realizuje się ich najwięcej. To obciąża lekarzy – jak dotąd nie mamy sekretarek medycznych – i szpitale, które w razie kontroli i wykrycia banalnych odstępstw od programu muszą płacić kary. To absurd.

GL Czy PTHiT zabierało głos w tej sprawie?

Wielokrotnie, głównie poprzez konsultanta krajowego w dziedzinie hematologii, który jest członkiem Zarządu PTHiT. Mam nadzieję, że obecna interwencja konsultantów wojewódzkich w dziedzinie hematologii i onkologii klinicznej oraz prezesów towarzystw naukowych w tych dziedzinach będzie skuteczna. Tego rodzaju sytuacje gaszą entuzjazm i nie służą interesom chorych. Mimo zachęt ze strony towarzystwa, trudno pozyskać nowych lekarzy skłonnych związać się z hematologią. ○

MAMY 16 OŚRODKÓW, W KTÓRYCH ZNAJDUJE SIĘ 180 ŁÓŻEK TRANSPLANTACYJNYCH. TO DWUKROTNIĘ WIĘCEJ NIŻ JESZCZE KILKA LAT TEMU. ROCZNIE PRZEPROWADZAMY PONAD 1700 PRZESZCZEPÓW I KAŻDY JEST REFUNDOWANY.

Racjonalne stosowanie antybiotyków



Jadwiga
Wójkowska-Mach

Dr. hab., Katedra
Mikrobiologii UJ CM
w Krakowie

Jednym z laureatów Nagrody Nobla w roku 1945 był Alexander Fleming, odkrywca pierwszego antybiotyku i twórca podstaw farmakoterapii przeciwdrobnoustrojowej.

Kończąc swoje wystąpienie noblowskie pt. „Penicylina”, przestrzegał słuchaczy: „... Może nadejść taki czas, kiedy każdy będzie mógł kupić penicylinę. Istnieje niebezpieczeństwo, że – próbując się leczyć niskimi dawkami leków – człowiek uczyni drobnoustroje opornymi.

Oto hipotetyczna ilustracja: pan X, skarżąc się na ból gardła, kupuje penicylinę, ale jej dawka jest za niska, aby zabić paciorkowce, ale jest jednocześnie wystarczająca, by nauczyć je, jak opierać się penicylinie. Następnie pan X zaraża swoją żonę, która dostaje zapalenia płuc i jest leczona penicyliną, ale – jako że paciorkowce od pana X są teraz odporne na penicylinę – leczenie nie udaje się. Pani X umiera. Kto jest przede wszystkim odpowiedzialny za śmierć pani X? ... Jaki z tego morał? Jeśli używasz penicyliny, użyj jej właściwie”.

Zjawisko opisane przez Fleminga już wówczas stanowiło realne zagrożenie – w 1942 r. opisano pierwszy przypadek

oporności *Staphylococcus aureus* na penicylinę. Według raportów z Wysp Brytyjskich, pod koniec lat 60. XX w. ponad 80 proc. izolatów *Staphylococcus aureus* – zarówno szpitalnych, jak i pozaszpitalnych – było opornych na penicylinę. Co charakterystyczne, schemat pojawiania się lekooporności: początkowo w szpitalu, następnie szeroko w populacji pozaszpitalnej – jest obecnie dobrze ugruntowanym wzorcem, który powtarza się z każdą nową falą oporności na antybiotyki. Jedną z najnowszych jest oporność na karbapenemy, które wprowadzono na rynek w początku lat 80. XX w., a już z końcem dekady opisano pierwsze pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae wytwarzające karbapenemazy. Również w Polsce oporność drobnoustrojowa na karbapenemy dotyczy już nie tylko zakażeń pacjentów szpitalnych – identyfikuje się ją również poszpitalnie, w tym w opiece długoterminowej.

Skąd pochodzi zjawisko lekooporności? Każdy z drobnoustrojów ma umiejętność ograniczonej samoobrony przed

środowiskiem zewnętrznym, w tym przed bakteriostatycznym bądź bakteriobójczym działaniem antybiotyków. Stąd każdy z antybiotyków ma charakterystyczne dla siebie spektrum działania, które m.in. odpowiada naturalnej oporności drobnoustrojów na antybiotyki. Jednak bakterie – poprzez nabycie genu oporności lub drogą mutacji – mogą dysponować również opornością nabytą, a w zależności od mechanizmów działania będzie to oporność enzymatyczna, receptorowa lub transportowa.

Dla powstania i rozprzestrzenienia zjawiska oporności nabytej, a zwłaszcza wielolekooporności ogromne znaczenie ma presja środowiska, czyli stosowanie antybiotyków. Wiele badań potwierdza istotny związek pomiędzy stopniem użycia antybiotyków, a stopniem oporności obserwowanym u drobnoustrojów. Odpowiednie przepisywanie antybiotyków oznacza, że antybiotyki są przepisywane tylko wtedy, gdy jest to konieczne, a kiedy jest to konieczne, właściwy antybiotyk

1/3

– tyle antybiotyków podawanych jest niepotrzebnie, jak w przypadku leczenia nimi zakażeń górnych dróg oddechowych: przebiegienia, zapalenia oskrzeli, bólu gardła, zakażenia zatok i ucha – bez potwierdzenia ich bakteryjnej etiologii.

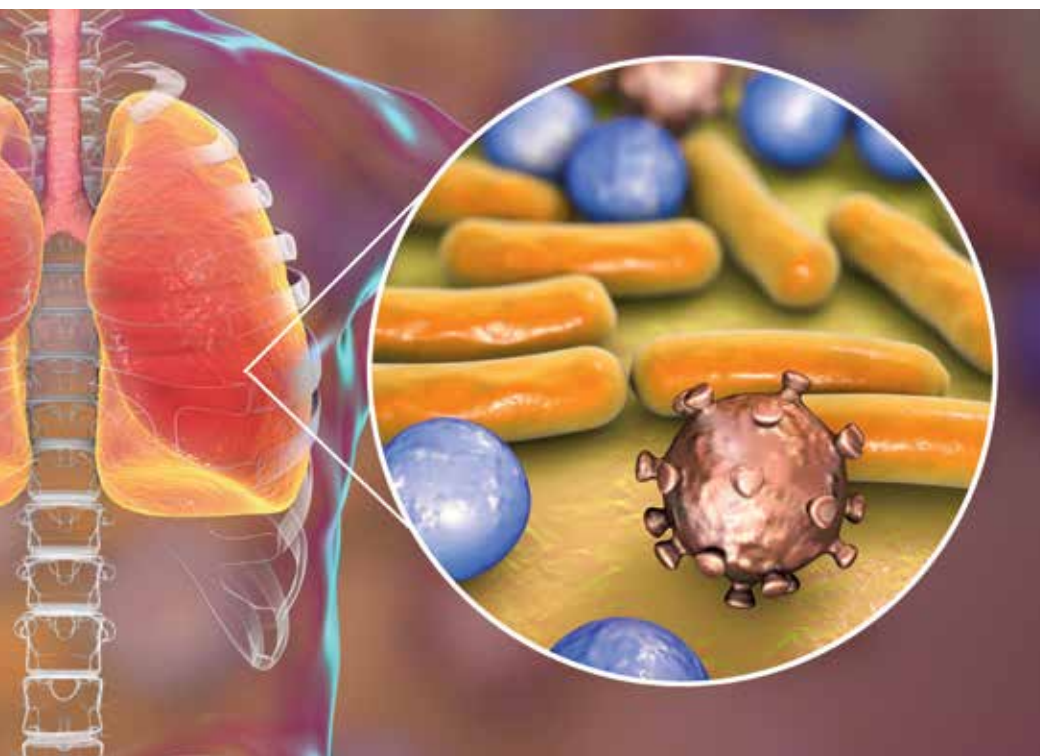


Żaden lekarz nie wyobraża sobie współczesnej medycyny bez antybiotyków. Tymczasem nieracjonalne stosowanie może nas pozbawić ich terapeutycznego działania. Kończy się lato i niebawem zacznie się okres infekcji, a co za tym idzie – wielu lekarzy sięgnie po te leki.

Zapraszam do lektury artykułów, które będą zamieszczone w trzech kolejnych wydaniach „Gazety Lekarskiej”, a będą poświęcone problemom „niekontrolowanego” stosowania antybiotyków i antybiotykooporności. Wierzę, że przyczynią się one do podjęcia refleksji podczas zlecania kolejnej antybiotykoterapii. ○

● **MARIUSZ JANIKOWSKI** PRZEWODNICZĄCY ZESPOŁU DS. POLITYKI LEKOWEJ I FARMAKOTERAPII NIL





jest wybierany i przepisywany we właściwej dawce i podawany pacjentowi przez odpowiedni czas. Niewłaściwe podanie dotyczy sytuacji niewłaściwego zastosowania (nie ta choroba), złego wyboru antybiotyku (nie ten lek), nie tej dawki czy długości terapii. Przynajmniej jeden z tych błędów dotyczy połowy przypadków stosowania antybiotyków, a nawet 1/3 antybiotyków podawana jest niepotrzebnie. Najbardziej typowym błędem jest leczenie antybiotykiem zakażeń górnych dróg oddechowych – takich jak przeziębienia, zapalenie oskrzeli, ból gardła, zakażenia zatok i ucha – bez potwierdzenia ich bakteryjnej etiologii, głównym czynnikiem etiologicznym są tutaj wirusy.

Polacy bardzo chętnie przepisują (lekarze) i stosują (pacjenci) antybiotyki. Zostało to zbadane i opisane w ramach Europejskiej Sieci Monitorowania Konsumpcji Antybiotyków (ESAC-Net, European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network), którą zainicjowało i koordynuje Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Zakażeń (ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control). Jego dane za rok 2016, dotyczące ambulatoryjnego zużycia (konsumpcji) antybiotyków – włączając w to również chemioterapeutyki – wskazują, że nasi pacjenci wykupują ich najwięcej. Wyższe zużycie obserwowano tylko w 2 z 26 krajów europejskich (Grecja i Włochy). Najmniej – około 35 proc. naszej konsumpcji – kupują Holendrzy

i Estończycy. Dalsza szczegółowa analiza danych (<https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/database/quality-indicators>) również może niepokoić – w latach 2007-2016 zużycie ogółem istotnie wzrosło o ok. 10 proc. Wzrosła także konsumpcja antybiotyków o szerokim spektrum działania. Na poziom konsumpcji nie ma wpływu położenie geograficzne naszego kraju (jest on o połowę niższy w Austrii, na Litwie czy w Niemczech) ani niedawna przeszłość (żaden kraj byłego bloku sowieckiego nie zużywa w opiece ambulatoryjnej tylu antybiotyków). Antybiotyki nie są lekami absolutnie bezpiecznymi, efekty uboczne stosowania antybiotyków są najczęstszą polekową przyczyną zdarzeń niepożądanych u dzieci i najczęstszą polekową przyczyną wizyt w pediatrycznym SOR.

Warty podkreślenia jest niepokojący wzrost stosowania fluorochinolonów. Obecnie są one stosowane w Polsce na średnim europejskim poziomie, ale ich udział systematycznie znacząco rośnie, podczas gdy w innych krajach UE ich konsumpcja albo spada (Francja, Szwecja, Holandia), albo utrzymuje się na podobnym, niezmiennym poziomie (Słowenia, Czechy, Wielka Brytania). Dzieje się tak mimo istnienia wielu innych lepszych opcji terapeutycznych i mimo faktu, że w Polsce stwierdza się wysoką oporność na tę grupę leków, zwłaszcza wśród pałeczek gram-ujemnych. Fluorochinolony, oprócz wielu

▲ Działania związane z wystąpieniem epidemii zakażeń spowodowanych przez karbapenemo-oporną pałeczkę *Klebsiella pneumoniae*, która objęła w 2015 r. pięć londyńskich szpitali, kosztowały około 1,1 mln euro.

innych działań niepożądanych, mogą przyczyniać się do zakażeń *Clostridium difficile*. Polska jest jednym z krajów o najwyższej zachorowalności na tę chorobę: 1,4 zachorowania na 10 000 osobodni przy średniej europejskiej na poziomie 0,8. Do najważniejszych działań mogących ograniczyć zachorowalność na tę chorobę należy ograniczenie spożycia antybiotyków, np. aby obniżyć ryzyko zakażenia *Clostridium difficile* o 17 proc., należy obniżyć ich niewłaściwe stosowanie tylko o 10 proc.

Dobłą wiadomością jest fakt, że w ogólnym zużyciu antybiotyków systematycznie rośnie udział penicylin, przez wiele lat ich udział w rynku farmaceutycznym był marginalny. Ten dobry trend wskazuje na wzrost zaufania do leków o wąskim zakresie działania i (lub) wzrost wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej umożliwiającej celowaną terapię zakażeń.

Nadzór nad stosowaniem antybiotyków bądź ograniczeniem ich nadużywania może mieć czysto ekonomiczny wymiar – co prawda antybiotyki stosowane ambulatoryjnie stanowią tylko około 5 proc. wydatków NFZ na leki, ale wygaszenie epidemii związanej z zakażeniami drobnoustrojami wielolekoopornymi to już znaczny wydatek. Na przykład, działania związane z wystąpieniem epidemii zakażeń spowodowanych przez karbapenemo-oporną pałeczkę *Klebsiella pneumoniae*, która objęła w 2015 r. pięć londyńskich szpitali, kosztowały około 1,1 mln euro.

Należy podkreślić, że rozwój medycyny – wprowadzanie nowych antybiotyków, poznawanie patomechanizmów zakażeń czy molekularnych mechanizmów powstawania i nabywania oporności na antybiotyki – nie odwraca trendu narastania antybiotykooporności. Brakuje też doniesień o możliwości pojawienia się na rynku zupełnie nowych leków przeciwdrobnoustrojowych. Zatem dla ograniczenia zjawiska lekooporności wśród drobnoustrojów najważniejsze znaczenie ma konsumpcja antybiotyków, a tutaj zasadniczą sprawą jest profilaktyka zakażeń, w tym szczepienia, oraz mikrobiologiczna diagnostyka zakażeń dla wdrażania leczenia celowanego. Kluczowym czynnikiem ograniczającym ryzyko wystąpienia zakażenia i konieczności stosowania antybiotyków pozostaje higiena rąk: pozaszpitalna i szpitalna, personelu medycznego, pacjentów i ich rodzin. Jej utrzymywanie wymaga samodyscypliny, jednak pozwala uniknąć wielu problemów. ○

Niezdrowa młodość

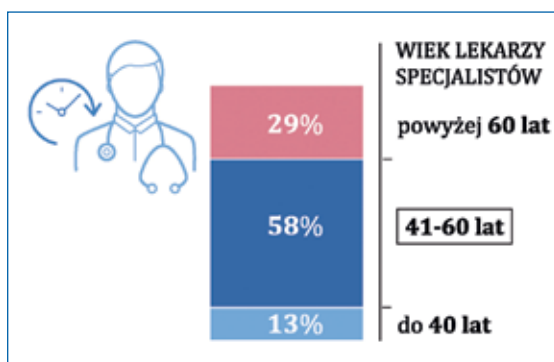
Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym nie jest w Polsce zorganizowana w sposób spójny i systemowy. Niezależnie od tego, jak ona wygląda, cel powinien być jeden: jak najzdrowszy i jak najlepiej zaopiekowany młody człowiek.

✪ **MARIUSZ TOMCZAK**

W Holandii, kraju od wielu lat najlepiej ocenianym w prestiżowym Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (The Euro Health Consumer Index), za opiekę zdrowotną sprawowaną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym odpowiada Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu (warto zwrócić uwagę, jak brzmi pełna nazwa tego resortu), a holenderscy lekarze i pielęgniarki wykonują te zadania na terenie szkoły.

CO KRAJ, TO OBYCZAJ

Nie brakuje państw, w których odbywa się to nie w placówkach oświatowych, lecz w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, a badania są przeprowadzane w praktykach lekarzy rodzinnych. W krajach takich jak Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Luksemburg, Malta czy Rumunia za opiekę zdrowotną nad małoletnimi również odpowiada minister właściwy do spraw zdrowia, ale nie jest to uniwersalny model. W Austrii podlega ona pod szefa resortu edukacji i nauki. Podobne rozwiązania przyjęto m.in. nad Sekwaną. Kraje takie jak Dania, Portugalia, Węgry czy Wielka Brytania zadania z zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym powierzyły władzom lokalnym, natomiast w Hiszpanii, Szwecji, na Łotwie czy we Włoszech w tym obszarze współdziałają władze lokalne wraz z ministrami edukacji i zdrowia.



▲ **Struktura wiekowa lekarzy specjalistów dziecięcych w 2017 r.**

20 LAT MINĘŁO...

Jak to wygląda w Polsce, nie trzeba tłumaczyć. Po tym, gdy w 1999 r. doszło do reorganizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą i wprowadzono instytucję lekarza rodzinnego, miało być lepiej. Minęły dwie dekady, ale wiele starych problemów nadal nie jest rozwiązanych. Z opublikowanego niedawno raportu Najwyższej Izby Kontroli* wyłania się pesymistyczna konkluzja, którą w jednym zdaniu można ująć w następujący sposób: funkcjonujący w Polsce system opieki zdrowotnej nad uczniami, zwłaszcza w zakresie profilaktyki, nie gwarantuje bezpieczeństwa zdrowotnego tej populacji, o czym świadczy zwiększająca się liczba dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi. W dokumencie NIK znajdziemy długą listę zarzutów pod adresem rodzimego podwórka. Zdaniem kontrolerów grupa najmłodszych obywateli naszego kraju nie jest pod spójną i kompleksową opieką zdrowotną, brakuje realnego współdziałania i koordynacji pomiędzy

podmiotami odpowiedzialnymi za leczenie tej grupy pacjentów (np. lekarzy POZ, lekarzy specjalistów i pielęgniarek), podejmowane są wybiórcze decyzje i fragmentaryczne działania profilaktyczne.

KRĘGOSŁUP, ALERGIE, OCZY

Największe problemy zdrowotne wśród dzieci i młodzieży w wieku 5-18 lat objętej czynną opieką lekarzy POZ to: zniekształcenia kręgosłupa, alergie (dychawica oskrzelowa), zaburzenia refrakcji i akomodacji oka oraz – w trochę mniejszym stopniu – otyłość. W 2016 r. w stosunku do roku poprzedniego największy wzrost odnotowano w przypadku rozpoznanych chorób tarczycy o 2,3 tys. (o ponad 5 proc.), nowotworów o ponad 2,2 tys. (o blisko 15 proc.), niedokrwistości o 1,8 tys. (o 3,6 proc.), a 13,2 tys. dzieci miało cukrzycę (wzrost o 1 proc.). Znaczna liczba szkół nie dysponuje gabinetami profilaktyki szkolnej i pomocy przedlekarskiej, a w tych, które je posiadają, występuje duża dysproporcja pomiędzy miastem i wsią. Rząd – najpierw Beata Szydło, potem Mateusza Morawieckiego – obiecuje to zmienić, ale to nie lada wyzwanie, skoro z zeszłorocznych danych wynika, że posiada je co druga podstawówka, z czego 86,4 proc. w miastach i 31,6 proc. na wsi. W szkołach znajdowało się 7,3 proc. ogólnej liczby gabinetów stomatologicznych (8,6 tys.), a najwyższy ich odsetek odnotowano w woj. lubelskim (22,5 proc.). W woj. lubuskim i woj. podkarpackim w ogóle nie było szkolnych gabinetów stomatologicznych.

LICZBA LEKARZY, FENOMEN ŁÓDZKIEGO

Wprawdzie liczba lekarzy POZ w 2016 r. zwiększyła się w porównaniu do 2015 r. o 9 proc., liczba lekarzy dentystów wzrosła o 17 proc. a pielęgniarek o 9,5 proc., ale NIK zwraca uwagę na niewystarczającą liczbę lekarzy dedykowanych młodemu pokoleniu oraz nieefektywne wykorzystanie zasobów finansowych i osobowych, co utrudnia zapewnienie równego dostępu do leczenia i wydłuża czas oczekiwania na nie. Znaczne różnice w liczbie lekarzy na terenie kraju pokazują statystyki: w 2017 r. najwyższy wskaźnik lekarzy POZ przypadających na 10 tys. dzieci i młodzieży odnotowano w woj. śląskim (ponad 80), a najniższy w woj. łódzkim (30). W tym ostatnim nie jest jednak tak źle, jak by mogło się wydawać, bo w przypadku lekarzy specjalistów dziecięcych (w przeliczeniu na 10 tys. uczniów) najlepsza sytuacja jest właśnie w Łódzkiem, a najmniej korzystna w woj. lubuskim, gdzie nie było żadnego specjalisty w siedmiu specjalizacjach, a w dwóch wskaźnik był najniższy w skali kraju. O tym, że duża liczba personelu medycznego jest w wieku okołoemerytalnym, wiadomo nie od dziś, ale szczególnie źle pod tym względem wypadają trzy specjalizacje: chirurgia dziecięca (w ubiegłym roku ponad 39 proc. lekarzy było po 60. roku życia), neurologia dziecięca (39 proc.), otolaryngologia dziecięca (bliżej 37 proc.). Już w perspektywie kilku najbliższych lat może to zmniejszyć dostępność świadczeń zdrowotnych.

PRÓCHNICA, DENTOBUSY

W naszym kraju ponad połowa dzieci w wieku 3 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi, a 8,8 proc. młodzieży w wieku 18 lat ma co najmniej jeden ząb stały usunięty z powodu próchnicy. Chyba nikt nie oczekiwał, by zakup dentobusów (bodaj najbardziej „medialny” pomysł w obszarze stomatologii poprzedniego ministra zdrowia, Konstantego Radziwiłła) faktycznie rozwiązał problem zwiększenia dostępności do leczenia stomatologicznego albo przynajmniej do profilaktycznych świadczeń w tym zakresie, gdyż ich liczba (resort zakupił 16 tego typu pojazdów, po jednym dla każdego województwa) nie wytrzymuje konfrontacji w zderzeniu z potrzebami. Wystarczy spojrzeć na liczbę placówek: w woj. wielkopolskim spośród 1116 szkół podstawowych aż 739 (66 proc.) znajduje się na terenie wsi, a w woj. mazowieckim spośród 1483 podstawówek – 942 (64 proc.). Wydaje się jednak, że dla niektórych dzieci – zwłaszcza z rodzin najuboższych, mieszkających w małych miejscowościach – „odwiedziny” dentobusu mogą być jedyną okazją w roku do kontroli jamy ustnej dzieci i młodzieży przez lekarza dentystę.

SZCZEPIENIA, ZACHĘTY DLA SPECJALISTÓW

Stale rośnie liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień. W zeszłym roku najwięcej takich przypadków (w przeliczeniu na 1 tys. osób w wieku 0-19 lat) zanotowano w woj. pomorskim (8,3), a najmniej w woj. podkarpackim (0,8).

80

– tylu lekarzy POZ na 10 tys. dzieci i młodzieży jest w woj. śląskim (to najwyższy wskaźnik w kraju).

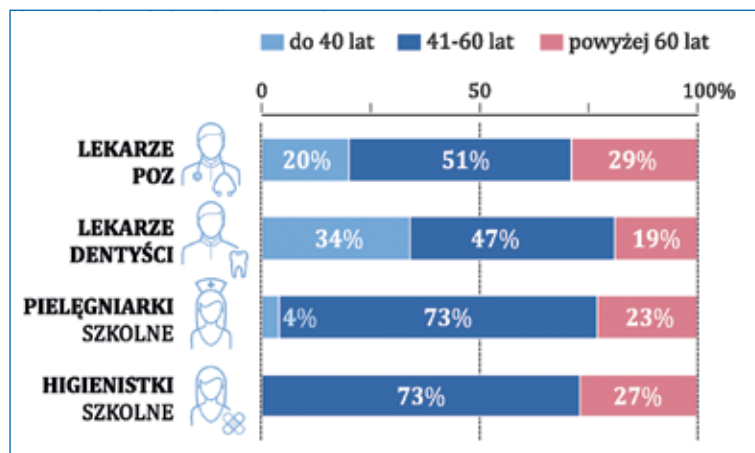
Patrząc na liczby bezwzględne, nie ma powodu do paniki, ale jeśli spojrzymy na dynamikę wzrostu, to powinna zapalić się czerwona lampka: w 2017 r. odmów było ponad 30 tys. (tj. o 30 proc. więcej niż w 2016 r.), a między 2013 r. i 2017 r. liczba ludzi odmawiająca obowiązkowych szczepień wzrosła o ponad 305 proc. Tymczasem zachorowalność na krztusiec (koklusz) i odrę wśród nieletnich rośnie... NIK skierował do ministra zdrowia wniosek o przeanalizowanie funkcjonowania systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Zwrócono uwagę na podjęcie skutecznych działań w celu zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów w dziecięcych dziedzinach medycyny (przede wszystkim na terenach słabo zurbanizowanych), poprzez umożliwienie specjalizowania się w tym zakresie oraz stworzenie odpowiednich zachęt do podejmowania pracy na tych terenach dla lekarzy specjalistów. Podkreślono również konieczność zapewnienia odpowiedniej liczby pielęgniarek w szkołach w celu objęcia opieką uczniów w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do planu godzin lekcyjnych.

CO Z NOWĄ USTAWĄ?

Osobna kwestia to ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami. Jej celem ma być przeniesienie ciężaru aktywności osób zajmujących się tą opieką z zadań polegających na systematycznych badaniach oceniających tempo rozwoju dziecka na – jak czytamy w ocenie skutków regulacji – realne wspieranie ucznia i jego rodziny w trosce o zdrowie. Istotne ma być włączenie jednostek samorządu terytorialnego w realną odpowiedzialność za zdrowie uczniów. W lutym projekt tej ustawy został umieszczony w wykazie prac legislacyjnych i programowych rady ministrów z przewidywanym terminem wejścia w życie 1 września br. Termin nie został jednak dotrzymany. Obecnie dokument znajduje się w końcowej fazie uzgodnień i konsultacji publicznych. Z nieoficjalnych informacji, do jakich dotarłem, wynika, że zostanie przedłożony pod obrady Komitetu Stałego Rady Ministrów w drugiej połowie września. ○

* Informacja o wynikach kontroli „Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym” (nr P/17/058/KZD).

◀ Struktura wiekowa kadry medycznej sprawującej profilaktyczną opiekę zdrowotną w 2017 r.



Karta Oceny Nasilenia Bólu

Szacuje się, że z powodu przewlekłego bólu cierpi około 27 proc. populacji, a w odniesieniu do osób powyżej 65. r.ż. – 55 proc. mieszkańców Ziemi.

LUCYNA KRYSIAK

Ból to medyczny problem o globalnym zasięgu i mimo postępów w jego leczeniu, wprowadzania coraz to nowszych leków i technik ich podawania, wciąż pozostaje nierozwiązany. Z definicji ból dzieli się na ostry i przewlekły.

Chociaż ból ostry może być uważany za objaw choroby lub uszkodzenia ciała, przewlekły i nawracający stanowi chorobę samą w sobie. Jak podkreśla Europejska Federacja Oddziałów IASP, ból ostry jest bezpośrednim rezultatem uszkadzającego zdarzenia i jest klasyfikowany jako objaw choroby lub uszkodzenia tkanki. Kiedy jednak trwa zbyt długo po zagojeniu się uszkodzonych tkanek, a więc po wygaśnięciu jego funkcji jako sygnału alarmowego, zamienia się w ból przewlekły. Prawdopodobnie nie jest bezpośrednio związany z początkowym uszkodzeniem

lub jednostką chorobową, lecz z wtórnymi zmianami obejmującymi również te, które pojawiają się w samym systemie wykrywania bólu.

W Polsce w walkę z bólem zaangażowane są szpitale, specjalistyczne poradnie leczenia bólu, POZ, które radzą sobie z nim z różnym skutkiem. Aby poprawić sytuację, Ministerstwo Zdrowia chce zmienić rozporządzenie dotyczące standardu organizacyjnego leczenia bólu, wprowadzając Kartę Oceny Nasilenia Bólu. Za pomocą tego narzędzia ma być określany stopień natężenia bólu, jego charakter, umiejscowienie oraz wpływ na jakość życia pacjenta. Wprawdzie pomysł jest na etapie projektu, już został oprotestowany przez lekarzy opieki podstawowej, którzy obawiają się, że obowiązek wypełniania takich kart dodatkowo ich obciąży. Uważają też, że karta nie rozwiązuje problemu leczenia bólu w sposób systemowy, przerzuca jedynie

ciężar odpowiedzialności za ten proces na lekarzy POZ w celu odciążenia szpitali i poradni specjalistycznych, gdzie leczenie bólu jest zdecydowanie droższe.

NA WSZYSTKICH POZIOMACH

W ocenie Ministerstwa Zdrowia dotychczasowe regulacje prawne w sposób bezpośredni gwarantują dostęp do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień głównie pacjentom będącym w stanie terminalnym. Nowe standardy organizacyjne leczenia bólu mają to zmienić.

Projekt, który ma wprowadzić Kartę Oceny Nasilenia Bólu, został opracowany wspólnie z Polskim Towarzystwem Badania Bólu i zakłada, że leczenie bólu powinno odbywać się na wszystkich poziomach, w tym na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Ocena bólu w ramach POZ ma zminimalizować liczbę powikłań związanych z niewłaściwym

REKLAMA

PROJEKT, KTÓRY MA WPROWADZIĆ KARTĘ OCENY NASILENIA BÓLU, ZAKŁADA, ŻE LECZENIE BÓLU POWINNO ODBYWAĆ SIĘ NA WSZYSTKICH POZIOMACH, W TYM NA POZIOMIE POZ.

leczeniem bólu oraz związanych z nimi hospitalizacjami. Zgodnie z nowym projektem leczenie ambulatoryjne bólu oraz w stacjonarnych i całodobowych placówkach będzie odbywało się w przypadku wyczerpania możliwości diagnostycznych i leczniczych pacjenta z bólem w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej lub w sytuacji trudności w postawieniu właściwego rozpoznania zespołu bólowego, braku lub niewielkiej skuteczności dotychczasowego leczenia bólu, wskazania do zastosowania inwazyjnych metod leczenia, trudności w opanowaniu działań niepożądanych po zastosowanym leczeniu. Podstawę leczenia w poradniach specjalistycznych lub w warunkach szpitalnych będzie stanowić skierowanie.

– Jako lekarze rodзинni codziennie stykamy się z różnorodnymi rodzajami bólu, np. z migreną, ze stłuczeniem palca, kolana, ostrogą piętową czy bólem gardła. Spośród przyjmowanych dziennie kilkudziesięciu zgłaszających się do nas pacjentów co najmniej połowa ma dolegliwości bólowe. To absurdalne, aby zakładać im karty i monitorować ból. Każdy z tych pacjentów zostaje zaopatrzony, również pod kątem leczenia bólu. Jak w świetle nowego rozporządzenia lekarz rodzinny ma prowadzić ten monitoring, przy obecnym stanie niedoborów kadrowych, bez dodatkowego finansowania, bez instrukcji, jaki ból kwalifikuje się do tego monitoringu? – pyta dr Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, i zastrzega, że cały ten zamiar jest dla opieki podstawowej wielką niewiadomą. Dlatego lekarze i świadczeniodawcy skupieni wokół POZ negatywnie zaopiniowali nowy projekt. W piśmie skierowanym do Ministra Zdrowia zwrócili uwagę na to, że wskazany kierunek zmian rozbudowuje mocno już rozrośniętą biurokrację, nie wprowadza faktycznych (konkretnych) regulacji dotyczących postępowania w określonym rodzaju bólu, przesuwa leczenie bólu z wyższych etapów sytemu (AOS i szpitale) do podstawowej opieki zdrowotnej przy jednoczesnym

braku wskazania sposobu finansowania tej zmiany. Prezes Janicka uważa, że wprowadzenie zmian w rozporządzeniu dotyczącym standardów organizacyjnych leczenia bólu powinno być konsultowane z lekarzami rodzinnymi, którzy są najbliższe problemu, a tak się nie stało.

LUDZIE I PIENIĄDZE

Ministerstwo Zdrowia zapowiada, że schemat postępowania z pacjentem z dolegliwościami bólowymi będzie realizowany na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej. Do oceny bólu będą stosowane: badanie podmiotowe i przedmiotowe, skale oceny bólu, jak również badania pomocnicze. Projekt przewiduje prowadzenie monitorowania skuteczności leczenia bólu oraz postępowania terapeutycznego, mającego na celu uśmierzanie i leczenie bólu. W ramach projektu przewidziane jest prowadzenie edukacji pacjenta z dolegliwościami bólowymi w zakresie stosowanego leczenia, jak również farmakoterapii. – Resort zdrowia wprowadza wiele pomysłów, które być może z założenia są dobre, ale do ich realizacji są potrzebni ludzie i niezbędne są pieniądze, a tych, jak wiadomo, w podstawowej opiece zdrowotnej nie ma – tłumaczy dr Wojciech Pacholicki, wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego, i zaznacza, że wprowadzanie nowych, kolejnych dokumentów do systemu POZ może być tworzeniem fikcji. Przypomina, jak kilka lat temu wprowadzono nową Książeczkę Zdrowia Dziecka, która w dobie elektronicznej dokumentacji nie ma racji bytu. 90 proc. lekarzy jej nie wypełnia, nie mając na to czasu. – Wiadomo, że bezwzględnie ból należy leczyć, ale do tego nie są potrzebne karty, ale wiedza, świadomość lekarzy, pielęgniarek i pieniędzy. Przede wszystkim należy doinwestować ten sektor, a nie w chwili, kiedy lekarz rodzinny wypełnia – jak policzyliśmy – 130 różnych formularzy, dorzucić mu jeszcze Karty Oceny Nasilenia Bólu – podsumowuje dr Pacholicki.

USZCZELNIANIE SYSTEMU

Wśród wszystkich chorych, którzy cierpią z powodu bólu, 3 proc. stanowią chorzy na nowotwór. To niby niewielki odsetek, jednak to właśnie ból ostry i przewlekły w chorobie nowotworowej jest jednym z ważniejszych problemów. Gdy trwa długo, wywołuje niewyobrażalne cierpienia, wyczerpanie fizyczne i depresję, co odbija się na skuteczności leczenia podstawowej choroby. Jednak dokładna ocena częstotliwości występowania bólów nowotworowych i ich nasilenia jest bardzo trudna. Czy może w tym pomóc Karta Oceny Nasilenia Bólu?

– W opiece paliatywnej stworzyliśmy już taką kartę wiele lat temu, z tego, co wiem, funkcjonuje ona także w poradniach leczenia bólu, gdzie znakomicie się sprawdza. Pomysł monitorowania bólu przy użyciu tego narzędzia nie jest więc nowy – zaznacza prof. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Wyraża jednak wątpliwość, czy na poziomie POZ się sprawdzi, ponieważ lekarz opieki podstawowej, nawet jeśli będzie posługiwał się kartą, nie bardzo będzie wiedział, co z nią zrobić. – Lekarze rodзинni nie są szkoleni w tym kierunku i odgórne narzucanie im wypełniania kart bez określenia, jak ma leczyć pacjenta z bólem o różnym stopniu nasilenia, jakie kroki podejmować, jest nieporozumieniem – tłumaczy prof. Ciałkowska-Rysz i dodaje, że siły związane z leczeniem bólu powinny być skierowane na szpitale, bo tam jest z tym największy problem, szczególnie w oddziałach zabiegowych. Z bólami przewlekłymi, np. reumatycznymi, zwyrodnieniowymi, lekarze rodзинni mają do czynienia na co dzień i sobie z nimi radzą bez konieczności wprowadzania i wypełniania Karty Oceny Nasilenia Bólu. Projekt zakłada, że w odniesieniu do pacjenta przebywającego w całodobowych, stacjonarnych zakładach leczniczych, na wniosek PTBB, pomiar natężenia bólu będzie odbywał się co najmniej trzy razy na dobę. Monitorowanie natężenia bólu może prowadzić zarówno lekarz, jak i pielęgniarka czy położna. Szpitale, które także cierpią na brak kadr i środków, również będą miały z nowym rozporządzeniem poważny problem. ☹

MZ

zapowiada, że schemat postępowania z pacjentem z dolegliwościami bólowymi będzie realizowany na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej.

Lekarze i lekarze dentyści w 2017 roku



Przemysław Baliński

OBPiS



Romuald Krajewski

OSAI NIL

W 2015 r. OSAI NIL opublikował opracowanie demografii lekarzy i lekarzy dentyistów specjalistów [„GL” 6-7/2015 oraz strona internetowa OSAI]. Mówiliśmy wtedy o potrzebie kontynuacji takich opracowań, ponieważ dopiero porównywalne dane z wielu lat pozwalają prawidłowo ocenić zmiany i w miarę wiarygodnie prognozować stan grup zawodowych.

W ciągu paru lat, które minęły od tamtego opracowania, wiedza o naszym środowisku zwiększyła się między innymi o wyniki badań przeprowadzonych przez OSAI i głównie dzięki badaniu „Ile pracują lekarze i lekarze dentyści w Polsce?” możemy bardziej precyzyjnie odpowiedzieć na pytania dotyczące dostępności lekarzy dla pacjentów.

3439

– tylu lekarzy uzyskało po raz pierwszy PWZ w 2017 r.

Poprzednie opracowanie było poświęcone głównie specjalistom. Teraz zajęliśmy się przede wszystkim ogółem lekarzy i lekarzy dentyistów. Oddzielnie przedstawiliśmy wyniki dotyczące lekarzy i lekarzy dentyistów, ponieważ grupy te znacznie się różnią np. w zakresie form wykonywania zawodu czy kształcenia podyplomowego, ale także pod względem demograficznym.

Nadal nie mamy odpowiedzi na pytania o różnicę w liczbie lekarzy i lekarzy dentyistów pomiędzy statystykami GUS i OECD a danymi z rejestrów lekarzy. Używany w statystykach termin „praktykujący lekarz/dentyista” jest niejednoznaczny i nie wiemy dokładnie, w jaki sposób liczba tych osób jest ustalana. GUS realizuje

obecnie projekt, którego celem jest m.in. wyjaśnienie tych różnic. Ze wspomnianego powyżej badania wiemy, że lekarze pracują przeciętnie w trzech miejscach i około 60 godzin tygodniowo, a więc zdecydowanie więcej niż zatrudnienie w jednym miejscu na pełen etat. Dlaczego 73% lekarzy wykonujących zawód (wg terminologii rejestrów lekarzy) i tylko 38% lekarzy dentyistów jest uznawanych za „praktykujących” w oficjalnych statystykach, pozostaje do wyjaśnienia. Opracowanie demografii nie może dostarczyć informacji, gdzie i w jakim charakterze lekarze pracują, ile wykonują określonych czynności. Do tego niezbędne są oddzielne badania, a opieranie się na sprawozdawczości może łatwo prowadzić do sytuacji, jaką mamy w przypadku dyskusji o „rzeczywistej” liczbie lekarzy.

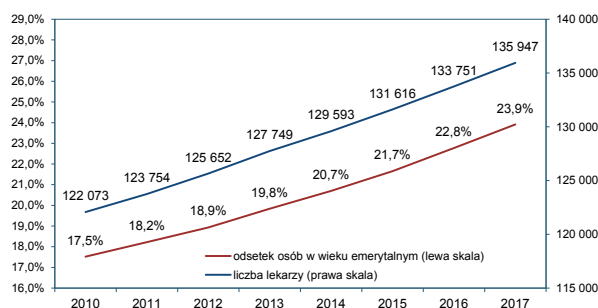
Z powodu zmiany perspektywy (ze specjalistów na całe środowisko) zmienił się też sposób zbierania danych i tego- roczne opracowanie obejmuje głównie dane za lata 2016 i 2017. Mamy nadzieję, że w kolejnych latach uda się zbierać i analizować dane według tego samego wzoru.

Pełne opracowanie „Lekarze i lekarze dentyści w Polsce – charakterystyka demograficzna” jest dostępne na stronach

OSAI NIL i opiera się przede wszystkim na danych z rejestrów prowadzonych przez okręgowe izby lekarskie zgromadzonych w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentyistów. Dotyczy populacji określonej w rejestrach lekarzy i lekarzy dentyistów jako „wykonujący zawód”, czyli osób uprawnionych do wykonywania tych zawodów na obszarze Polski. Danymi o liczbach absolwentów uczelni medycznych, osób będących w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, uzyskanych specjalizacji dostarczyły Ministerstwo Zdrowia, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego i Centrum Egzaminów Medycznych, którym bardzo dziękujemy za pomoc.

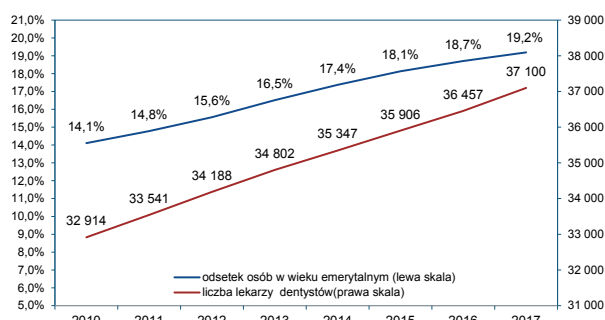
Najważniejsze wnioski z opracowania można podsumować następująco. **1.** W ciągu ostatnich sześciu lat liczby lekarzy uzyskujących po raz pierwszy PWZ (3439 osób w 2017 r.) są wyraźnie większe niż liczby lekarzy zaprzestających wykonywania zawodu (1349 osób w 2017 r.). Efektem jest zwiększanie liczby lekarzy wykonujących zawód przeciętnie o 1,6% rocznie. Na koniec 2017 r. było ich 135 947. Liczby lekarzy dentyistów uzyskujących po raz pierwszy PWZ (960 osób w 2017 r.) też są większe niż liczby

Wykres 1. Liczba lekarzy wykonujących zawód i odsetek osób w wieku emerytalnym.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CRL

Wykres 2. Liczba lekarzy dentystów wykonujących zawód i odsetek osób w wieku emerytalnym.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CRL

zaprzestających wykonywania zawodu (379 osób w 2017 r.) i przeciętny wzrost liczby lekarzy dentystów w tym okresie wynosi 1,8% rocznie, a ogólna liczba wykonujących zawód 37 100.

2. W grupie zawodowej lekarzy wzrost liczby wykonujących zawód wynika ze zwiększania się liczebności najmłodszych i najstarszych grup wiekowych. Od roku 2016 do 2017 najbardziej wzrosła liczba lekarzy w wieku 31-35 lat (6,5%), 61-65 lat (też 6,5%), 71-75 lat (10,2%) i powyżej 80 lat (14,9%). W okresie przełomu wieków liczba absolwentów i młodych lekarzy była mała, ale od około 10 lat nastąpił wyraźny wzrost liczby młodych lekarzy. Spadek liczebności dotyczy teraz grup wiekowych od 31 do 45 lat i w kolejnych latach będzie przesuwiał się na starsze grupy wiekowe. Może to powodować braki lekarzy specjalistów, gdyż właśnie w wieku odpowiadającym tym grupom lekarze uzyskują zdecydowaną większość specjalizacji. Efektem tego okresu małej liczby absolwentów jest też starzenie się grupy lekarzy specjalistów, których średnia wieku w ciągu roku wzrosła z 53,9 do 54,2 roku.

3. Na korzystny bilans liczby lekarzy największy wpływ ma zwiększanie się liczebności grup wiekowych od 65. r.ż. wzwyż. Lekarze w wieku emerytalnym stanowili 22,8% ogółu wykonujących zawód w 2016 r. i 23,9% w 2017, co oznacza wzrost ich liczby o 2048 osób. Dla lekarzy dentystów wskaźniki te wynoszą odpowiednio 18,7%, 19,2% i 361 osób. W porównaniu do populacji Polski, w której osoby w wieku emerytalnym stanowiły w 2016 r. 3,8% wszystkich osób pracujących, lekarze i lekarze dentyści, zwłaszcza kobiety, dużo częściej kontynuują

pracę zawodową po osiągnięciu wieku emerytalnego.

4. Pozostawanie lekarzy i lekarzy dentyków w wieku emerytalnym przy wykonywaniu zawodu powoduje wzrost średniego wieku. W 2016 r. wynosił on 49,9 roku dla lekarzy i 46,7 dla lekarzy dentyków, w 2017 odpowiednio 50,2 i 46,9. Mediana w tym krótkim okresie nie zmieniła się i wynosi dla lekarzy 50 lat, dla lekarzy dentyków 46 lat. Nieco zwiększył się udział kobiet lekarzy (o 0,2 p.p.) i stanowią one 57,7% ogółu wykonujących zawód. Wśród lekarzy dentyków udział kobiet zmniejszył się o 1 p.p. i stanowią one 75,1%. W Polsce kobiety stanowią 44,7% wszystkich pracujących w wieku produkcyjnym. Wskaźniki demograficzne stosowane do ogólnej populacji nie znajdują zastosowania w grupie, do której wchodzi się w wieku 25 lat. Odpowiednikiem współczynnika dynamiki demograficznej byłby współczynnik zastępowalności, czyli stosunek liczby osób rozpoczynających wykonywanie zawodu do liczby zaprzestających. W 2016 r. wyniósł on dla lekarzy 2,53, w 2017 r. 2,37, a dla lekarzy dentyków odpowiednio 2,25 i 2,53.

5. Dwie trzecie lekarzy wykonujących zawód stanowią osoby posiadające przynajmniej jedną specjalizację dwustopniową lub tytuł specjalisty. Wśród lekarzy dentyków takie osoby stanowią 16,9%. Wśród niespecjalistów (46 103 lekarzy i 30 848 lekarzy dentyków) jest 14 776 lekarzy posiadających tylko specjalizację 1. stopnia i 8639 lekarzy dentyków tylko z 1. stopniem specjalizacji. Na koniec 2017 r. 3406 osób odbywało staż podyplomowy lekarza i 981 osób staż podyplomowy lekarza dentyści. Ukończyło staż podyplomowy 3251 lekarzy i 824 lekarzy dentyści.

Swoją pierwszą specjalizację uzyskało 1603 lekarzy i 97 lekarzy dentyków, a liczba specjalizacji uzyskanych przez lekarzy wyniosła 3277 i 208 przez lekarzy dentyków. Średni wiek lekarza uzyskującego 1. specjalizację w 2017 r. wyniósł 34,6 roku, lekarza dentyści 33,1 roku. W opracowaniu można znaleźć dane dotyczące wszystkich dziedzin.

6. Stały przyrost liczby lekarzy w ciągu ostatnich lat, przy założeniu niezmienności aktualnych wskaźników, da w ciągu najbliższych 20 lat wzrost ich liczby o 21,3%, a lekarzy dentyków o 17,8%. Tempo przyrostu będzie stopniowo malało. Liczba lekarzy specjalistów może wzrosnąć o 37,5%, jeżeli utrzyma się tendencja do pozostawiania przy wykonywaniu zawodu. W opracowaniu z 2015 r. założono, że lekarze będą pracować do 70. r.ż., co spowodowałoby spadek liczby specjalistów w dłuższej perspektywie. Chociaż wiemy z wymienionego powyżej badania, że lekarze w wieku emerytalnym pracują mniej niż w wieku produkcyjnym, ich przeciętny tygodniowy czas pracy odpowiada pełnemu wymiarowi czasu pracy i od ich pozostawiania w zawodzie krytycznie zależy dostępność usług medycznych.

Prosimy o zgłaszanie uwag i propozycji dotyczących opracowań demografii naszych grup zawodowych. Zachowanie ciągłości zbierania i przedstawiania danych oraz ich jednolitość są bardzo potrzebne do analiz długoterminowych, ale coroczne opracowania można uzupełniać analizami aktualnych problemów, które pozwolą bardziej precyzyjnie formułować postulaty naszego samorządu dotyczące warunków pracy i kształcenia. ○

„Żywna”, czyli prawdziwa i szczerą — dr Stefania Perzanowska (1896-1974)

Miała dwadzieścia lat i studiowała medycynę na Uniwersytecie Warszawskim, gdy zdecydowała się wstąpić do Polskiej Organizacji Wojskowej [POW].

♦ MARIA CIESIELSKA PRZEWODNICZĄCA SEKCJI HISTORYCZNEJ OIL W WARSZAWIE, OŚRODEK HISTORYCZNY NIL

Tajna organizacja wojskowa POW powstała w sierpniu 1914 r. w Warszawie z inicjatywy Józefa Piłsudskiego, w wyniku połączenia działających w Królestwie Polskim konspiracyjnych Związku Walki Czynnej i grup Armii Polskiej w celu walki z rosyjskim zaborcą.

Od 1 października 1918 r. służyła w polskiej ochotniczej organizacji wojskowej utworzonej we Lwowie przez kobiety pragnące walczyć o niepodległość Polski, nazywanej Ochotniczą Legią Kobiet. Otrzymała przydział do 2. Dywizji Piechoty Legionów. Uczestniczyła w walkach pod Łukowem i Lwowem, gdzie dowodziła Sanitarnym Batalionem Kobiectym oraz pełniła w randze podporucznika obowiązki lekarza batalionu i dowództwa taborów aż do kwietnia 1919 r. Od samego początku używała pseudonimu „Żywna” – co oznaczało „szczerą, prawdziwą”. Po powrocie do Warszawy pracowała jako sekretarka centrali pocztowej Okręgu Warszawskiego POW, a później całego wydziału. Poślubiła Waldemara Jerzego Szwarcbarta, dyrektora kasy chorych, także osobę zasłużoną dla POW (w Częstochowie).

Kontynuując studia medyczne, była początkowo wolontariuszem w Instytucie Higieny Dziecięcej przy ul. Litewskiej u prof. Mieczysława Michałowicza, potem w laboratorium Szpitala Ujazdowskiego przy ul. Pokornej u płk. dr. Leona Karwackiego. Po raz kolejny przewała studia, aby wziąć udział w wojnie 1920 r., służąc w Ochotniczej Legii Kobiet jako lekarz Baonu Wartowniczego. Po jej zakończeniu związała się początkowo



ze Szpitalem Wolskim, gdzie pracowała w oddziale chorób wewnętrznych u prof. Anastazego Landaua i w Warszawskiej Powiatowej Kasie Chorych. Po odbyciu specjalizacji z chorób wewnętrznych w klinice internistycznej Uniwersytetu Wiedeńskiego przeniosła się do Sosnowca, gdzie pracowała w kasie chorych, początkowo jako lekarz domowy oraz naczelną lekarz szkolny. Prowadziła tam także prywatną praktykę lekarską. W 1937 r. wyszła po raz drugi za mąż, za Zygmunta Perzanowskiego, lekarza okulistę, z którym wyjechała do Radomia, gdzie pracowała jako lekarz w Wydziale Zdrowia. W 1939 r. otrzymała nominację

▲ Dr Stefania Perzanowska w latach powojennych.

na stanowisko ordynatora oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Miejskiego w Radomiu.

Po wybuchu II wojny światowej Perzanowski zostali zmobilizowani i wraz ze swymi szpitalami ewakuowani na Wschód. Dr Zygmunt Perzanowski zginął jako jeńiec obozu w Starobielsku, zrozpaczona i nic nie wiedząca na temat losów męża dr Perzanowska wraz z córką Zofią powróciła do Radomia. Tam podjęła pracę w Wydziale Zdrowia oraz weszła w skład konspiracyjnego zgrupowania Armii Krajowej „Huragan”, zachowując swój pseudonim z POW – „Żywna”. Jej działalność polegała na organizowaniu szkoleń w ramach podziemnej służby zdrowia, przenoszeniu broni i amunicji na punkty wyjściowe do akcji dywersyjnych. Nocą z 10 na 11 listopada 1942 r. gestapo aresztowało dr Perzanowską w jej mieszkaniu, w którym znajdowała się skrzynka kontaktowa Komendy Głównej Armii Krajowej w Warszawie. Pomimo brutalnego śledztwa zachowała godną postawę. W dniu 7 stycznia 1943 r. została wywieziona do obozu koncentracyjnego na Majdanku (KL Lublin).

Pomimo tragicznych warunków sanitarnych panujących w nowo powstałym obozie kobiecym, dr Perzanowska niezwłocznie rozpoczęła organizację życia obozowego. Od pierwszych chwil w obozie opiekowała się chorymi. Pierwszy zabieg chirurgiczny – nacięcie ropnia okołomigdałkowego – wykonała nożem kuchennym, służącym blokowej do krojenia chleba. Zalecała współwięźniarkom codzienne mycie się śniegiem i wzajemne kontrole czystości. Jednakże mimo wszelkich starań, by zachować czystość,



jeszcze w styczniu pojawiły się pierwsze zachorowania na tyfus plamisty. Kiedy dr Perzanowska, pomimo braku typowej wysypki skórnej, postawiła wstępne rozpoznanie tyfusu u gorączkującej więźniarki, lekarz SS wpadł w furję, wygrażał jej pięściami oraz zwymyślał ją najordynarniejszymi słowami. Chorą zaś uznał za symulantkę. Po dwóch dniach, kiedy pojawiły się typowe zmiany na skórze, ten sam lekarz SS zmienił swoje nastawienie. Był nawet skłonny spełnić prośby dr Perzanowskiej i posłuchać jej zalecenia dotyczącego konieczności izolacji chorych zakaźnie. Niemcy bardzo obawiali się epidemii. Wydano więc zgodę na utworzenie baraku szpitalnego, który stał się załącznikiem późniejszego szpitala obozowego, tzw. rewiru.

Początkowo przydzielono na ten cel niewykończony jeszcze barak bez drzwi, okien, podłogi i sufitu. Po wydzieleniu pierwszej salki dla chorych, dr Perzanowska własnoręcznie składała trzypoziomowe prycze, które złośliwy lekarz SS kazał jej kilkakrotnie rozkładać i przenosić w inne miejsce. Pomimo ciężkiej pracy i starań lekarka nie miała ani leków, ani wyposażenia, by pomagać chorym. Brak było nie tylko sprzętu medycznego, ale także elementarnego wyposażenia: naczyń, kubeczków, basenów czy nocników. Aby przygotować dla chorych

suchary, cienkimi kromkami obozowego chleba okładano piecyk ogrzewający barak, tzw. kozę. Gotowano też na nim wodę, a czasami kartoflanę ze „zorganizowanych” ziemniaków. Mimo to szpital obozowy był miejscem, gdzie niektóre chore i wyczerpane kobiety mogły przeżyć najtrudniejsze dni, nie uczestnicząc w wielogodzinnych apelach i nie wychodząc do pracy. Było to możliwe, ponieważ dr Perzanowska ukrywała w nim skrajnie wyczerpane lub skazane na śmierć więźniarki, fałszując w tym celu dokumentację chorobową.

Pracowała bez przerwy siedem dni w tygodniu, po kilkanaście godzin na dobę, nieprzerwanie. Tuż przed ewakuacją, 25 marca, dr Perzanowska napisała w grypsie do Janiny Bujwidowej: „Starzy bywalcy obozowi, już nie jesteśmy tacy jak rok temu. Nie jest tak łatwo być czym zastraszyć i wyprowadzić nas z równowagi. To wszystko, na co byliśmy zmuszeni patrzeć i cośmy przeszli, stępiło przede wszystkim naszą wrażliwość. Czasem mam wrażenie, że to przypomina pobyt na froncie. Przeżycie w warunkach normalnych okropne – jak śmierć kogoś znajomego, kolegi, towarzysza, tutaj nabrało takich cech codzienności, że wrażliwość na to musiała stępieć. Tak, że nie przejmujcie się tak bardzo naszym stanem. Wierzę, że co ma być, to się stanie i wierzę, że będzie dobrze. Przede wszystkim chcę bronić chorych, co jest moim elementarnym obowiązkiem. Są tu też osoby, które się załamują łatwo nerwowo już teraz – te trzeba podtrzymywać. Ja czuję się fizycznie i psychicznie

◀ 1. Grób dr Perzanowskiej na warszawskich Powązkach.
2. Przedmioty pamiętkowe przekazane przez rodzinę do Muzeum na Majdanku.

mocno, więc wędrowkę ewentualną na pewno przetrzymam dobrze. Postaram się dawać Ci wiadomości o sobie jak najczęściej. Jasiulku, całym sercem i myślami z Tobą jestem, Boskiej opiece oddaję Ciebie i siebie, i czekam dalszego ciągu spokojnie. Wasza Matka”.

15 kwietnia 1944 r. dr Perzanowska została wraz z chorymi przewieziona do KL Auschwitz-Birkenau, a stamtąd do KL Ravensbrück i dalej do Neustadt-Glewe. W każdym z obozów opiekowała się chorymi. Wyzwolona 2 maja 1945 r. powróciła do Radomia, gdzie objęła stanowisko ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego w Radomiu. Przewodniczyła Komisji Lekarskiej w Wydziale Zdrowia i w Związku Wojowników o Wolność i Demokrację (ZBOWID). Utworzyła we własnym mieszkaniu bezpłatną poradnię dla byłych więźniów obozów koncentracyjnych i ich rodzin. Była inicjatorką utworzenia Szkoły Pielegniarskiej w Radomiu, a także jej honorowym kierownikiem i wieloletnim wykładowcą. Wygłaszała referaty i publikowała artykuły związane z tematyką obozową, głównie w „Przeglądzie Lekarskim – Oświęcim”. Najbardziej przejmujące są jednak jej osobiste wspomnienia opublikowane w 1970 r. w książce pt. „Gdy myśli do Majdanka wracają”. Ale dr Perzanowska publikowała także na temat zagadnień związanych z powstaniem styczniowym oraz opracowała biografię Marii Skłodowskiej-Curie i Marii Konopnickiej. Należała do licznych towarzystw naukowych i społecznych, m.in. do Związku Lekarzy Polskich, Towarzystwa Internistów Polskich, Towarzystwa Kardiologicznego, Towarzystwa Przeciwgruźliczego, Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych, ZBOWID-u, Towarzystwa Opieki nad Byłymi Więźniami Majdanka, Polskiego Czerwonego Krzyża, Towarzystwa Przyjaciół Dzieci, Frontu Jedności Narodu. Ulica jej imienia znajduje się w Radomiu.

Zmarła 16 sierpnia 1974 r. w Warszawie, gdzie została pochowana na Cmentarzu Powązkowskim. W 2017 r. wnukowie dr Perzanowskiej – Krzysztof i Andrzej Korczakowie – przekazali do Muzeum na Majdanku ponad 500 różnego rodzaju archiwaliów (listów, notatek, dokumentów) oraz pamiątki po swojej Babci. ○

PIERWSZY ZABIEG CHIRURGICZNY – NACIĘCIE ROPNIA OKOŁOMIGDAŁKOWEGO – WYKONAŁA NOŻEM KUCHENNYM, SŁUŻĄCYM BLOKOWEJ DO KROJENIA CHLEBA.

Czy chciałbyś znaleźć się na moim miejscu?

Piątek, 29.06.2018 r., godz. 15.25 telefon, dzwoni mój brat Wojciech, płacze. Słyszę, że odeszła Asia, jego żona, moja bratowa, lat 58. Walczyła z chorobą nowotworową cztery lata od rozpoznania i operacji, po chemio- i radioterapii, po leczeniu w Płocku, w Warszawie i w Bydgoszczy.

◉ JULIA SZTREKER-LEWANDOWSKA LEKARZ Z 35-LETNIM STAŻEM



Można powiedzieć, skończyły się cierpienia dla niej, ale zaczęła się droga krzyżowa dla rodziny. Moja bratowa zmarła w domu i to okazało się wielkim błędem, że w domu i że o godzinie niepasującej nikomu.

Pierwszy telefon wykonał mój brat do POZ, bo tam się leczyła, tam jest historia choroby. Lekarzem prowadzącym była moja siostrzenica rezydentka oddziału chirurgii, gdzie była wykonana operacja. W dniu zgonu nie pracowała po południu w poradni POZ. Była inna lekarka, która miała wgląd w dokumentację. Brat usłyszał od pani, która odebrała telefon (nie wie, kto to był, lekarz, pielęgniarka, sekretarka medyczna), że

lekarz nie przyjedzie stwierdzić zgonu, bo przyjmuje pacjentów, a on niech dzwoni do pogotowia.

Zadzwoił, tam usłyszał, że: „pogotowie to może tylko po 18.00, bo teraz nie ma lekarza i do 18.00 ma obowiązek lekarz POZ”. Mój brat w szoku pyta, co dalej ma robić, gdzie szukać pomocy? Ratownik medyczny, chcąc nam pomóc, sam postanowił zadzwonić do POZ i porozmawiać z lekarką. Jest po godz. 16. Postanowiłam sama dzwonić do POZ. Nikt nie

podnosi słuchawki. Dzwonię do pogotowia i słyszę od ratownika medycznego, że pani doktor, której nazwiska nie zna, powiedziała, że nie przyjedzie, że to nie należy do niej i rzuciła słuchawkę. Ratownik medyczny o tym fakcie miał poinformować swojego koordynatora w Warszawie i powiedział, że jeżeli będzie potrzeba, to mają nagraną rozmowę. Usłyszałam, że mamy czekać do 18.00, wtedy będzie lekarz, a oni jak tylko przyjdzie, będą nam pomagać. Chcę zaznaczyć, że lekarz pogotowia stwierdza zgon, ale kartę aktu zgonu wypisuje lekarz POZ, czyli dopiero w poniedziałek 02.07.2018 r. moglibyśmy coś załatwić.

Na łóżku leżą zwłoki 58-letniej, ciężko schorowanej kobiety, za oknem temperatura 25 stopni. Rodzina w szoku, płaczące dzieci, a tu toczy się walka o wypisanie karty zgonu.

Dzwonię (teraz bardzo żałuję, że to zrobiłam) do mojego – tak mi się wydawało – kolegi, który jest dyrektorem ds. medycznych w ZOZ z prośbą o pomoc, a usłyszałam, że „jestem nienormalna, że lekarz POZ dobrze zrobił, że odmówił, że miał rację...”

Wysłuchałam dość długiego wykładu o braku koronera, o głupich ustawach,

CZAS MIJA, ZWŁOKI LEŻĄ NA ŁÓŻKU, TEMPERATURA POWYŻEJ 25 STOPNI... I NIC NIE MOŻNA ZROBIĆ. ŻAL, PŁACZ, SMUTEK RODZINY, A JA, LEKARZ, BEZRADNA WOBEC LUDZKIEGO [LEKARSKIEGO] OKRUCIEŃSTWA.

o głupim NFZ. Usłyszałam też sporo przykrych słów pod moim adresem, w czasie rozmowy przerywanej słowami: „nie krzycz na mnie”. Żadnej empatii, tylko narastająca agresja. Zakończył stwierdzeniem, że „mogę zrobić co chcę, on to ma...”.

Ponownie wykonałam telefon do POZ, dodzwoniłam się po 1,5 godziny. Zgłosiła się sekretarka medyczna. Powiedziała, że nie było żadnego zgłoszenia, ale lekarz i tak nie przyjdzie, bo są pacjenci. Zweryfikowałam to z informacją ratowników, którzy uznali to za kłamstwo, bo przecież mieli nagranie.

Czas mija, zwłoki leżą na łóżku, temperatura powyżej 25 stopni... i nic nie można zrobić. Żal, płacz, smutek rodziny,

a ja, lekarz, bezradna wobec ludzkiego (lekarskiego) okrucieństwa.

Zaczęliśmy szukać telefonicznie mojej siostrzenicy, która pracuje w POZ. Okazało się, że jest ok. 40 km od Płocka, w Brudzeniu, i tam przyjmuje pacjentów. Wiedzieliśmy, że kiedy skończy pracę, to przyjedzie i wypisze akt zgonu w karcie, którą trzeba było przywieźć z POZ. Odmówiłam pogotowie.

Godzina 18.30. Jest siostrzenica, wypisuje akt zgonu: choroba nowotworowa zaawansowana META. Trwa to około 10-15 minut. Teraz możemy zająć się zwłokami i powiadomić zakład pogrzebowy. Zwłoki ubrane w trumnie wyjechały z domu o godzinie 21.30. Czy można

coś jeszcze więcej zafundować rodzinie w dniu śmierci najbliższej osoby? Pięć godzin czekania to mało czy dużo? Czy po przeczytaniu tego tekstu chciałbyś znaleźć się na moim miejscu kolego lekarzu?

Starłam się przez całe moje życie zawodowe być w kontakcie z osobami potrzebującymi. Dzięki empatii mam jeszcze siłę pracować. Przecież to moja medycyna ukształtowała mnie, a teraz e-recepta, e-zwolnienie, e-skierowanie, e-pacjent, e-lekarz. I co jeszcze można sobie zafundować e-...? Zastanów się kolego lekarzu, czego potrzebujesz i do czego dążysz? Powiedz STOP. Pomyśl chwilę, czy naprawdę chcesz być bez serca, ale z literką e-? ☹

Medycyna pracy a POZ

Pragnę dołożyć swoje trzy grosze do artykułu Pana Mariusza Tomczaka pt. „Niewykorzystane możliwości” z poprzedniego numeru „Gazety Lekarskiej”. Jestem lekarzem z 40-letnią praktyką, w tym ponad 30 lat działałam jako lekarz medycyny pracy. Przychylam się do opinii, że konieczna jest nowelizacja rozporządzenia z 1996 r. w sprawie badań profilaktycznych pracowników (...), gdyż obecne pokolenie lekarzy nie zna, nie rozumie lub źle interpretuje treści oczywiste dla tzw. lekarzy starej daty. (...) Moi adwersarze powiedzą, że medycyna pracy nie jest od wyręczania podstawowej opieki zdrowotnej. Z tym się nie zgodzę. Jeżeli mają być rzetelne badania profilaktyczne, to niech to robi również medycyna pracy, gdyż bardzo często pracownik częściej ma możliwość kontaktu właśnie z lekarzem medycyny pracy niż z lekarzem POZ. (...) Często ludzie aktywni zawodowo przez lata nie korzystają z usług lekarza POZ, bo czują się zdrowi, nie myślą o profilaktyce lub przerażają ich tłumy w kolejkach emerytów i rencistów, dla których przesiadywanie w poczekalniach i częste wizyty u lekarza rodzinnego nierzadko są formą spędzania nadmiaru wolnego czasu. Zwykle trafiają do lekarza rodzinnego, kiedy już padają na tzw. nos. (...)

Dr Jarosław Krzyżak

LIST DO REDAKCJI 



Pełna treść na
www.gazetalekarska.pl

REKLAMA

Dlaczego lekarze noszą trepy?



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra

Wszystkim tym, którzy paradują po szpitalu w bluzach à la pizama z deseniem w kolorowe sówki i/lub samochodziki, oraz tym, którzy na salę operacyjną wkraczają w czapczkach z logo Supermana, szurając zalotnie po podłodze Crocsami we wszystkich kolorach tęczy, przypominam, że prawdziwy lekarz powinien mieć trzy rzeczy: biały fartuch, stetoskop i – co bardzo ważne – trepy, zwane również chodakami lub drewniakami.

To nie jest jakiś banalny dress code. To bezwzględna konieczność, niemal imperatyw – jak srebrne guziki kominiarza, rumiane policzki piekarza, wąsy kolejarza czy okulary bibliotekarki. To archetyp dający pacjentowi poczucie bezpieczeństwa albo przynajmniej jasną informację, z kim rzeczony pacjent ma do czynienia.

Biały fartuch, poza oczywistą funkcją ochronną, posiada właściwości hipertensyjne, co może być korzystne w niektórych stanach medycznych. Do czego służy stetoskop – powszechnie wiadomo. Dlaczego jednak trepy tak przylgnęły do wizerunku medyka?

I niech rzuci we mnie takim trepem ten, kto – choćby przez krótki etap lekarskiego życia – nie tupał donośnie drewnianymi podeszwami

po szpitalnej podłodze, choć to ani wygodne, ani bezpieczne, ani zdrowe, a do tego znawcy tematu twierdzą, że „stukot drewniaka budzi umarlaka”...

Z perspektywy lat przeżytych na dyżurach, zdobytych odcisków i otarć stóp, skręconych kostek oraz doświadczeń pacjenta (tego z niższego piętra) przyznaję z niejakim zażenowaniem – w pewnym okresie swojego lekarskiego żywota i ja tupałam – bezkrytycznie i bezrefleksyjnie. Cemu jednak – samowolnie, a nawet przy udziale własnych środków finansowych – ubrałam się w pozbawione wdzięku, hałasujące obuwie uniseks o holenderskim rodowodzie? Wybaczone – nie mam pojęcia...

Dlaczego lekarze noszą trepy? – pytają również bliźni, poszukujący prawdy w wirtualnym uniwersum. A internet, zadziwiony – jak

ja – karierą medycznych klumpów podsuwa kilka odpowiedzi.

Z góry odrzucam sugestie takie jak ta, że lekarze noszą drewniaki, bo nie umieją wiązać sznurówek. Osobiście znam kilku – wiążą. Są wśród nich i tacy, którzy potrafią zawiązać sploty, o jakich nie śniło się internautom i to w miejscach niedostępnych zwykłemu śmiertelnikowi.

Internauta o nicku Bergerac na portalu twojepc.pl. sugeruje, że lekarski trep pełni funkcje obronne i dyscyplinujące w stosunku do krnąbrnych pacjentów. Z doświadczenia i poczucia przyzwoitości zaświadczam – zdecydowanie nie!

Niektórzy badacze zjawiska podkreślają fakt, że noszenie trepów daje poczucie nadprzyrodzonej siły. Każdy, kto choć raz obserwował obchód lekarski, kroczący od szpitalnej sali do sali, z wdziękiem oddziału

Z GÓRY ODRZUCAM SUGESTIE TAKIE JAK TA, ŻE LEKARZE NOSZĄ DREWNIAKI, BO NIE UMIEJĄ WIAZAĆ SZNURÓWEK. OSOBIŚCIE ZNAM KILKU – WIAŻĄ. SĄ WŚRÓD NICH I TACY, KTÓRZY POTRAFIĄ ZAWIĄZAĆ SPLOTY, O JAKICH NIE ŚNIEŁO SIĘ INTERNAUTOM I TO W MIEJSCACH NIEDOSTĘPNYCH ZWYKŁEMU ŚMIERTELNIKOWI.

szturmowców z „Gwiezdných wojen”, przyzna – „sprzymierzeńcem ich jest Moc i potężnym sprzymierzeńcem jest ona”... A taki magiczny pierwiastek to przecież ważny element terapii w cierpiącym na permanentne niedofinansowanie systemie opieki zdrowotnej!

Ci, którzy starają się zajrzeć w głąb lekarskiej, choć jednak przecież ludzkiej psychy, sugerują, że tych dodatkowych 6 cm (drewnianego obcasa) podnosi samoocenę łapiducha. Przyznaję – w trepiach i ja czułam się wyższa!

Wnikliwi obserwatorzy i widzowie medycznych seriali, śledzący na srebrnym ekranie meandry lekarskiego losu wskazują, jako zasadniczą zaletę drewniaków, łatwość ich użytkowania. Powszechne przecież – i nie pozbawione ziarna prawdy – jest utrwalone przez media przekonanie, że dyżur lekarski to tylko niekiedy praca. Częściej to oczekiwanie na nią w pozycji horyzontalnej, a jak

wiadomo, na pracę najlepiej się oczekuje bez obuwia. Gdy jednak padnie ikoniczne zawołanie – „tracimy go!” – i trzeba rzucić się w wir zdarzeń, nomen omen bez zwłoki, szybciej zakłada się przecież takie kłapiące szkaradziejstwo niż zgrabne sznurowane halówki z nieskazitelnie białą podeszwą. Takiemu rozumowaniu też nie sposób odmówić logiki...

Ci, którzy doświadczyli „całodobowego świadczenia szpitalnego z badaniami laboratoryjnymi” pomiędzy listopadem a marcem, wskazują, jako zaletę lekarskich chodaków, ich niewątpliwe właściwości termooizolacyjne. Byłabym jednak nieco sceptyczna – grube skarpety (konieczne w trakcie wspomnianego powyżej etapu oczekiwania na pracę) plus trepi to wyjątkowo nieudane połączenie. Kto wątpi, niech spróbuje w takim zestawie pokonać kilka pięter schodów. Rzucenie się w wir wydarzeń może w takim przypadku zdegradować doktora do roli

pacjenta poradni urazowo-ortopedycznej, a tego wszyscy – pacjent, lekarz i kolega lekarz z poradni – starają się uniknąć.

Dość atrakcyjna, poprzez swoją metaforyczność, wydaje mi się za to koncepcja wiążąca ten rodzaj obuwia medycznego z pierwowzorem pochodzącym z Pomorza. To tam klumpy – końskie buty – zakładano na kopyta, by ułatwić zwierzęciu pociągowemu poruszanie się w grząskim gruncie. Takie buty dla konia, wydłubane z kawałka drewna i zaopatrzone w skórzane, ułatwiające mocowanie troki, można zobaczyć w Muzeum Wsi Słowińskiej w Klukach na Wybrzeżu Słowińskim. Podobieństwo jest uderzające. Uwzględniając zaś nastroje panujące w środowisku lekarskim latem anno domini 2018, takie obuwie, pozwalające nie utonąć w... niezmeliorowanym wciąż obszarze nadwiślańskiej opieki zdrowotnej, wydaje się wciąż niezastąpione. ○

REKLAMA

Wakacyjna medycyna ratunkowa



Artur Andrus
Satyryk

Każdy wakacyjny pobyt zaczyna się tradycyjnie od losowania. Bo jest tak: przyjeżdżamy większą grupą – rodziny, pary, znajomi, przyjaciele. Wynajmujemy wspólny dom, kilka domków albo apartamenty. Miejsca są dla wszystkich, ale różne.

Duże łóżka małżeńskie albo pojedyncze oddzielne, łazienka na górze albo na dole, z szafą albo bez, z widokiem na jezioro albo na altankę śmietnikową. Przez parę lat zaczynało się od trwających kilka godzin kurtuazyjnych przepychanek:

– Weźcie sobie ten pokój, będzie wam wygodniej...

Ale okazało się, że każdy ma inne pojęcie „wygodniej” i logistycznie zawsze coś nie pasowało:

– Dym papierosowy z ich balkonu leci prosto do naszej łazienki.

Albo:

– Jurek chrapie prosto do kominka i na górze spać się nie da.

Doszliśmy zatem do wniosku, że poza sytuacjami bezspornymi („Dzieci jak najdalej!”), będziemy losować. W ten sposób mamy wakacyjną zabawę i nikt nie może mieć do nikogo pretensji. Tak myślałem. Przechodząc krótko po losowaniu obok pokoju Błażeja i Marty, usłyszałem rozgoryczony kobiecy głos:

– Ty nawet monetą rzucić nie potrafisz!

Urlopy spędzane tradycyjnie w dużej grupie spowodowały też odkrycie nowego zjawiska: wakacyjna medycyna ratunkowa. Wiem, że taka dziedzina medycyny już wcześniej istniała – może bez podziału na wakacyjną i niewakacyjną – ale dla nas to pojęcie zupełnie coś innego znaczy. Kiedy ma się już dosyć wrzeszczących dzieci, kumpli opowiadających każdego roku te same dowcipy, narzekających małżonków czy partnerów („Ty nawet makaronu kupić nie potrafisz!”), można się odwołać do medycyny ratunkowej. Bierze się samochód i znika na parę godzin. A jeśli zadzwoni telefon komórkowy i padnie pytanie:

– Gdzie jesteś?!

mówimy:

– W przychodni. Ciśnienie pojechałem sobie sprawdzić.

Odpowiedź powinna być poprzedzona wcześniejszym przygotowaniem wywiadowczym, bo nagle można usłyszeć:

– Przecież Ewa ma ciśnieniomierz. Ty nawet kłamać nie potrafisz!

Dlatego zawsze należy mieć przygotowany rozbudowany zestaw odpowiedzi z zakresu wakacyjnej medycyny ratunkowej. Na przykład: 1. W aptecce. Tabletki mi się skończyły. 2. Chciałem sprawdzić, jakie tutaj są kolejki do laryngologa, bo może bym się na wszelki wypadek zarejestrował na wakacje za dwa lata. 3. W radiu mówili, że w szpitalu powiatowym jest promocyjna akcja wakacyjna „Sierpień bez cierpień – znieczulenie gratis”. Byłem sprawdzić, czy nie mam czegoś do wycięcia. 4. Opatrunek byłem zmienić.

Oczywiście trzeba się nastawić na ataki ze strony tych, którzy zostali w wypoczynkowym hałasie i chaosie, podczas gdy my, w najbliższej galerii handlowej, korzystaliśmy z dobrodziejstw medycyny ratunkowej. Może się zdarzyć, że na informację o opatrunku, Marta zareaguje stwierdzeniem:

– A co ci się stało? Pokaż.

Wtedy odpowiadamy w sposób, który uniemożliwi dalsze dociekania, a jednocześnie może być uznany za (nawet słaby) żart wakacyjny:

– Taki drobiazg urologiczno-wenerologiczny.

Każdy wakacyjny pobyt kończy się tradycyjnie losowaniem. Rzeczy, na które wszyscy się zrzucili („Bo przecież każdy korzysta”), a teraz nie wiadomo, co z nimi zrobić. O ile jeszcze talia kart („Tanich nie było”) i głośnik bezprzewodowy („Czterysta złotych, ale muzykę będzie słychać we wszystkich trzech domkach”) wzbudzały pewne zainteresowanie, o tyle klamry do wieszania prania, garnek („Taki, żeby nie gotować w kilku, tylko w jednym od razu dla dwunastu osób”) i pojemniki na przyprawy („Ładnych nie było”) – już nie bardzo. A na koniec zagadka: co usłyszał Błażej po wylosowaniu dmuchanego ośmioosobowego tęczowego jednorożca? 

Poetka we śnie

Śniła mi się Wisława Szymborska,
nie przypadkiem,
gdyż polowaliśmy po tej samej stronie rzeki.
Uśmiechnięta staruszka, bardzo skromna.
Spojrzała głęboko w oczy oczekującym
na jej pierwsze słowo. Osób było niewiele,
zaledwie kilkoro. Cisi, porządnie ubrani,
fotogeniczni, wpatrzeni w poetkę jak w obraz.
Po co tu przyszli? Nim wers brzemienny
„Wolę piekło chaosu od piekła porządku”
poruszył się we mnie, wyszła z sali.
Czyżby odczytała inwektywy rzucane
pod jej adresem w kuluarach?
Już nie powróci. Co mogłaby nam dziś
powiedzieć, skoro my mamy wszystko
uprzątnięte
i rozum odpowiedni?

Z niedosytu wieczornej ciszy
sen zaprosił na ucztę wiersz. Gdy będziemy
młodszy,
wtulimy się w jego wersy
odczytując siebie na nowo.
Poznawać się po innej stronie powietrza,
nie zgadzać
się uporczywie na brak
dotyku, być jak uszczypnięcie, gdy głądzenie
przynosi ulgę

Moja muza

z bogiem mądrości wdziękiem empatii
wiecznie młoda zielona jak rozmaryn
nieustannie rozsiewa słowiański sprzeciw
wciąż na nowym Campo di Fiori

nim przyjdzie na miejsce znane jej od pokoleń
nocą czy we dnie
zerwie zasłonę z drzewa pozorów
serce swe otworzy na świat zaryglowany
nagie cierpienie miłość niechcianą
wycięty chwast z ogrodu
zdeptaną trawę

wierna nowiu
jak odlot żurawi
jak czekanie



**Bogdan
Stangrodzki**

Laureat konkursu
„Przychodzi wena
do lekarza” (2017)

Zobaczyć Neapol i umrzeć

– J.W. Goethe

tyle razy trącała w czułe struny
nikt się nie odwrócił
nad łóżem śmierci
unosił się obłok pojednania
bliscy stroili myśl mozzarellą
i górskim krajobrazem
kryształ kładąc na oczy

poszła sobie
zatrzymała się na ulicy
padał jesienny deszcz
opuszczony
tonący w śmieciach upokorzenia
wyciągnął do niej rękę

umilkły klaksony



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Dobry chłopiec



Agata
Morka

Historyk sztuki

Nastoletni chłopcy zwykle chodzą po drzewach, dokuczają dziewczynom, z zapalem uprawiają sporty, by pozbyć się rozrywającej ich energii lub z uporem inwestują godziny w zrobienie kolejnego perfekcyjnego selfie. Piętnastoletni Pablo Picasso tracił swój nastoletni czas w ciasnych studiach barcelońskiej dzielnicy gotyckiej. Malował tam sobie arcydzieła.

Nauka i miłosierdzie” to jeden z bardziej znanych obrazów bardzo młodego wówczas Picassa. Ojciec wynajął mu studio pod dachem domu przy Carrer Plata, pod numerem cztery, by mógł w nim spokojnie rozwijać swój malarzski talent. I tak też Pablo zrobił.

W 1987 r. namalował tam śmierć. Scenę umieścił w rogu pokoju. Obok łóżka chorej zgromadziły się trzy postacie: po lewo kobieta z małym dzieckiem na rękach, zapewne symbolizująca miłosierdzie, po prawo skupiony doktor mierzący puls kobiety, reprezentujący

naukę. Chora przyciska wolną dłoń do piersi w emocjonalnym geście. Spuszczone oczy lekarza i twarz pielęgniarki przecięta smutnym półśmiechem nie sugerują szybkiego wyzdrowienia pacjentki. Wieje tu smutkiem. Gdzieś między łóżkiem, szafą a lustrem zawieszonym nad głową chorej czai się śmierć.

Całość jest bardzo cicha. O statyczności sceny decyduje poprawna, książkowa wręcz kompozycja, każdy przedmiot ma tu swoje miejsce, każda postać zajmuje dokładnie wyliczony wycinek przestrzeni. Podobno kompozycję zrobił Picasso pod dyktando swojego ojca, także malarza.

Posłusznie rozłożył akcenty, z rozważą dobierał kolory składające się na ten monochromatyczny dość obraz. To posłuszeństwo się mu opłaciło. Obraz pokazano na wystawie w Madrycie, gdzie zdobył zasłużone wyróżnienie.

To Picasso w wydaniu „dobry chłopiec”. Nastolatek, a już mistrz swego fachu. Nastolatek, a jeszcze bez buntu. Lubię patrzeć na ten obraz, kiedy przychodzi do podejmowania najważniejszych decyzji. I lubię myśleć o tym, co zrobił Picasso kilka lat po namalowaniu tego pozbawionego życia arcydzieła. Kiedy już odważył się na szelmostwo. ☹

▼ **Obraz: Pablo Picasso „Nauka i miłosierdzie”, 1897**

obraz A



obraz B





Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 15 września 2018 r.

W temacie maila należy wpisać GL 09.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych
(imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA – jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

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

Dla jednej z osób, które prześlą
prawidłowe odpowiedzi,

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

- dwa noclegi dla dwóch osób w apartamencie
- dwa śniadania i dwa obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla dwóch 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



► Fundatorem książek jest
Wydawnictwo Uniwersytetu
Jagiellońskiego, www.wuj.pl.



Rozwiązanie zagadki z „GL” 7-8/2018

OBRAZ ORYGINALNY: A
SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Zamiana zróżnicowanych odcieni niebieskiego tła na płaski błękit bez niuansów.

Chagall słynął ze swego niezwykłego traktowania koloru: zamiast płaskich plam tworzył wibrujące symfonie kolorystyczne. Tła pełne kolorystycznych niuansów to jeden ze znaków rozpoznawczych jego obrazów.

2. Przewrócenie jednego z domów, tak by stał na dachu.

U Chagalla, szczególnie w jego przedstawieniach rodzinnej wioski Witebska, często pojawiają się elementy surrealistyczne, jak domy odwrócone do góry nogami, zatem ich obecność na obrazie nie byłaby nieuzasadniona.

3. Dodanie głowy krowy pomiędzy domami w tle.

Głowy krów, kóz czy owiec należą do charakterystycznego wizualnego języka Chagalla. Interpretowane są tak jak kosmiczne symbole, jak i rzeczywiste wspomnienia z dzieciństwa spędzonego w wiosce, gdzie człowiek i zwierzęta współżyły w ścisłej relacji.

4. Dodanie sylwetki wieży Eiffle’a w tle.

Paryż był miastem bardzo bliskim Chagallowi, w nim spędził znaczną część swojego życia. Architektoniczne symbole miasta, jak Łuk Triumfalny czy Wieża Eiffle’a często goszczą Nawego płótnach.



▲ Marc Chagall, „Mężczyzna z wywróconą głową” (L’Homme À La Tête Renversée), 1919



NAGRODZONY Z „GL” 7-8/2018

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Mirosław Grafiński z Brodnicy**. Gratulujemy!

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa;

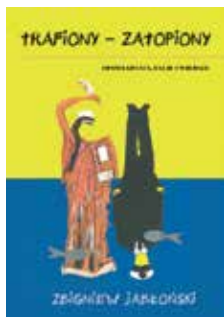
2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@hipokrates.org;

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres maksymalnie 1 roku;

5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych;

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



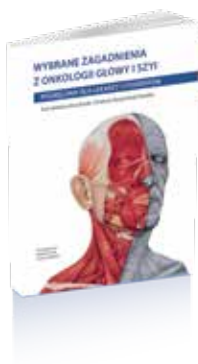
Trafiony zatopiony

Ukazał się kolejny zbiór opowiadań, esejów oraz wierszy, komandora, lekarza, podróżnika, filmowca i pisarza Zbigniewa Jabłońskiego. Promocja książki „Trafiony zatopiony”, połączona z symbolicznym wodowaniem, odbyła się pod pokładem legendarnej fregaty „Darze Pomorza”. Autor wielu publikacji prozatorskich i poetyckich, działacz Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, obchodzi w tym roku jubileusz 50-lecia pracy artystycznej, co uhonorowało na benefisowym spotkaniu Muzeum Marynarki Wojennej w Gdyni. Doktorowi – marynarzowi życzymy kolejnych tomów literackich po kilem. JW ○



FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI •



Wybrane zagadnienia z onkologii głowy i szyi. Podręcznik dla lekarzy i studentów

Redakcja: Jan Zapala, Grażyna Wysznińska-Pawelec

Książka zawiera aktualnie obowiązujące wytyczne dotyczące diagnostyki i wyboru najbardziej optymalnego sposobu leczenia nowotworów głowy i szyi. Czytelnik znajdzie tu także m.in. informacje na temat technik rekonstrukcyjnych, niezbędnych przy wykonywaniu chirurgicznych resekcji.



Leczenie cukrzycy w praktyce klinicznej. Dla lekarzy różnych specjalności. Tom I

Redakcja: Edward Franek, Magdalena Walicka

W publikacji omówiono zagadnienia związane z leczeniem pacjentów chorych na cukrzycę przez ginekologów, pediatrów, endokrynologów, kardiologów, nefrologów, lekarzy rodzinnych, psychiatrów. Są też rozdziały poświęcone m.in. terapii chorego na cukrzycę z infekcją czy po transplantacji.



) Zagrali z lekarzami z USA

Za nami wyjątkowy występ w Lidzbarku Warmińskim, który odbył się pod hasłem „Koncert Przyjaźni Polski-Amerykańsko-Kanadyjskiej”. 19 sierpnia w nowym amfiteatrze zagrała orkiestra symfoniczna oraz połączone chóry polskich i amerykańskich lekarzy. Orkiestrę symfoniczną poprowadziło dwoje wielkich dyrygentów: Maestro Wahby i Maestro Rozbicki, z udziałem solistów (również lekarzy): Hanna Zajączkiewicz (sopran), Anita Marsahall (Sopran), Paweł Pecusok (tenor), Aleksander Ladysz (bas), Richard Kuntz (baryton). ○

) Bajki kontra choroba

Jak wytłumaczyć ciężko choremu dziecku, co dzieje się z jego organizmem? Jak oswoić strach przed szpitalem i zabiegami medycznymi? Najlepiej, opowiadając... bajkę. Tego zadania podjęło się dwóch studentów medycyny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Stworzyli projekty trzech książeczek poświęconych białaczce, cukrzycy i astmie, które pozwolą małym pacjentom na zrozumienie przebiegu choroby, leczenia i rekonwalescencji. ○



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

) Światowa Orkiestra Lekarzy

GL
PATRONAT

Dwa do trzech razy w roku 100 lekarzy z prawie 50 krajów zamienia białe lekarskie fartuchy na wieczorowe stroje i wykonuje koncert na rzecz organizacji działającej w sektorze zdrowia oraz osób potrzebujących opieki zdrowotnej. W tym roku wesprą działalność Fundacji DKMS – walkę z nowotworami krwi. Koncerty odbędą się 11 października w Filharmonii Narodowej w Warszawie oraz 12 października w ICE w Krakowie. Wydarzenie patronatem honorowym objął prezes NRL Andrzej Matyja, a patronat medialny objęła „Gazeta Lekarska”. ○

NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ •



Okulistyka

Redakcja: Andrzej Grzybowski

W formie skrótovej omówiono najważniejsze zagadnienia z zakresu anatomii i fizjologii widzenia oraz diagnostyki i leczenia chorób narządu wzroku. Treść jest zgodna z międzynarodowymi standardami diagnostyki i terapii International Council of Ophthalmology, American Academy of Ophthalmology oraz wytycznymi towarzystw naukowych poszczególnych subspecjalności.



Varia

Zbigniew Kostrzewa

Autor, otolaryngolog, wydał dotychczas kilka tomików wierszy, opowiadań, utworów scenicznych, pisał też o historii Łowicza. Laureat licznych konkursów literackich. Jego najnowsza publikacja to kolejny zbiór, jak sam określa „wszystkiego po trochu”, czyli zarówno wierszy, wierszyków, fraszek, limeryków ale także utworów pisanych prozą, a także skeczy.

Nawiedzeni przez muzy

Na początku roku w telewizji przedstawiano lekarza, który z dumą opowiadał o tym, że pracuje jako pulmonolog, ale wieczorami dla przyjemności jest didżejem. Z zazdrością przysłuchiwałem się opowieści, jaką mu to sprawia przyjemność i nikt z kolegów ani pacjentów nie ma mu tego za złe.

📍 JERZY WOY-WOJCIECHOWSKI

Świat się zmienia, a to, co obserwujemy za naszego życia, było jeszcze niedawno nie do pomyślenia. Nie chcę wspominać o komputerach i Internecie, które zmieniły nam życie, ale wspomnę o telefonach. Dyrekcja szpitala popierała starania, by mi przydzielono telefon. Obiecano za... 30 lat. Gdy zamówiłem rozmowę, chcąc wiedzieć, czy moje córki doleciały na Florydę, czekałem na połączenie w Domu ZAIKS w Ustce siedem dni i nocy. Dzisiaj łączymy się ze sobą natychmiast i praktycznie z każdego miejsca na świecie. Oto postęp. A w medycynie – USG, scyntygrafia, CT, NMR, chirurgia laparoskopowa, transplantologia, stenty w sercu...

Zmienił się też pogląd na to, co lekarzowi wolno robić po pracy. Byłem młodym medykiem, gdy musiałem ukrywać moje muzyczne pasje, bo jak za czasów Boya-Żeleńskiego „ciotki siedzące na kanapie” wiele rzeczy „miałyby za złe”. Pamiętam dyżury w klinice prof. Adama Grucy, gdy w wolnych chwilach rysowałem pięciolinie i zapisywałem melodyjki, które do dziś gdzieś drzemią wśród pożółkłych papierów. Ukrywałem też moją amatorską „twórczość”, zgłaszając w radio pisane przeze mnie

piosenki (muzykę pisał – „Jerzy Woy”, a teksty – „Maria Ciechowska”). Ukrywałem także moje muzyczne zatrącenie w Teatryku Piosenki Lekarzy Eskulap. Gdy wracałem po nieprzespanej nocy w poniedziałek do pracy i pytano, dlaczego jestem taki zmarnowany – odpowiadałem, że byłem na weselu, imieninach itd., co przyjmowano ze zrozumieniem, a ja ukrywałem, że wracałem rozklekotanym busem całą noc z Rzeszowa, gdzie nasz zespół dał dwa koncerty. Wszystko się jednak wydało, gdy Eskulap wystąpił w telewizji, a zapowiadał go znany aktor Kazimierz Rudzki. Następnego dnia w klinice wrzało – „Panie lekarzu! Organista z naszej sali powiedział, że byliście na medal, czyli nadzwyczajni”.

Obecnie docenia się zainteresowania pozazawodowe. Dodatkowe umiejętności świadczą o szerszych horyzontach. Jednak kiedyś moje muzyczne zainteresowania pomogły mi. Starałem się o etat kierownika zakładu izotopów. – Czy pan ma coś wspólnego z tym Jerzym Woyem, który pisze piosenki? – spytał dyrektor szpitala. – Tak... to jestem ja... – wybąkałem zmieszany, czując, jak etat odpływa. – Jest pan już przyjęty – odparł dyrektor. – Ja jestem wokalistą po szkole muzycznej. – Ninon, ach uśmiechnij się... – zanucił.

W książce „Którędy do medycyny” opisałem mój dyżur w klinice. W ogólnopolskim konkursie książka uzyskała pierwsze miejsce, Andrzej Łapicki czytał przez rok jej fragmenty w radio, a 10 000 nakład zniknął z księgarń w ciągu tygodnia. Śmiałem się, że widocznie mamusie wykupiły książkę, chcąc się dowiedzieć, jak ich dzieci mogą się dostać na medycynę. Mam satysfakcję, że pięć osób przyznało, że ta książka wpłynęła na ich wybór, by studiować medycynę (m.in. wybitny chirurg z Krakowa prof. Janusz Skalski). Oczywiście, bojąc się krytyki, że zaniedbuję medycynę, kosztem pisania – nie podałem pełnego nazwiska – tylko Jerzy Woy.

Moje pisanie sprawiło, że wraz z kilkudziesięcioma innymi lekarzami zjednoczyliśmy się w Unii Polskich Pisarzy Medyków, której dłuższy czas przewodniczył scenarzysta filmu „Pan Wołodyjowski”, Jerzy Lutowski. Obecnie wielu literatów, poetów, publicystów i dramaturgów działa w Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, której przewodniczy prof. Waldemar Hładki, a działaczem jest m.in. prozaik, poeta, dziennikarz i reżyser Jarosław Wanecki, znany ze swoich epikryz w „Gazecie Lekarskiej”. Wśród ponad 70 członków UPPL, warto wspomnieć: Marka Pawlikowskiego, Jerzego Andrzejczaka, Janusza Czarneckiego,



◀ Prof. Andrzej Matyja wręcza grafikę prof. Jerzemu Woy-Wojciechowskiemu podczas jego benefisu w styczniu 2017 r.

Marię Magdalenę Człapińską, Zbigniewa Domosławskiego, Zdzisławą Gajdę, Henryka Gaertnera, Zbigniewa Jabłońskiego, Bożenę Klejny, Zbigniewa Kostrzewę, Aldonę Kraus, Jerzego Siekluckiego, Cezarego Stypułkowskiego, Barbarę Szeffer-Marcinkowską, Bohdana Wasilewskiego, Jolantę Bulzak, Macieja Zarębskiego, Ryszarda Żabę i Marię Żywicką-Luckner. W zaciszu domowym pracuje niezrównany tłumacz z języka staroangielskiego, zwłaszcza dzieł Szekspira, uhonorowany tytułem Medicus Nobilis i medalem Związku Literatów Polskich, doktor Ryszard Długołęcki.

Powszechnie znany jest, lekarz, pisarz i tłumacz literatury francuskiej, Tadeusz Boy-Żeleński, ale nie każdy wie, że lekarzami byli także Franciszek Chłapowski, Stanisław Lem, Jerzy Pomianowski, Danuta Biełkowska, Arnold Mostowicz, i ponad 130 innych, którzy zaistnieli także albo przede wszystkim w literaturze. Należy dodać, że wielu twórców światowej literatury było lekarzami – Dante Alighieri, François Rabelais, Friedrich Schiller, John Keats, Arthur Conan Doyle, Antoni Czechow, Archibald Cronin, Somerset Maugham, Michaił

Bułhakow, Axel Martin Munthe, który zanim osiadł w zakupionej willi San Michele, był lekarzem szwedzkiej rodziny królewskiej.

Wybitnie uzdolnieni porzucają nie raz medycynę dla sztuki, tak jak polski kompozytor – Krzysztof Trzcinski (pseudonim „Komeda” pochodzi od słów: „Koło Medyków”).

Wielu lekarzom sztuka ubarwia życie, co unaocznili słynny koncert „ARS MEDICI”, organizowany przez PTL w Teatrze Muzycznym Roma w 2011 r. W Glorii z mszy G-dur Haydna pod dyrekcją doktor Justyny Chelmińskiej wzięło udział ponad 100 chórzystów i muzyków. Koncert uświetniły tak znakomite wokalistki jak Hanna Zajączkiewicz, Ewelina Sielska-Badurek, Anna Kutkowska-Kass i Krystyna Wiczorek. Amatorsko uświetnia śpiewem różne imprezy znany chirurg prof. Krzysztof Bielecki. Wielkim animatorem muzyki jest skrzypek, a zarazem kardiolog Marek Kania, który zorganizował wiele imprez muzycznych w Opolu, między innymi z udziałem śpiewającej okulistki Bogny Cierpickiej.

Gali Srebrnego Jubileuszu Samorządu Lekarskiego w Teatrze Narodowym, podczas której moja pieśń

„Floreant Res Medica” stała się hymnem lekarzy, towarzyszył niezwykle wernisaż malarstwa, zorganizowany przez doktora Włodzimierza Cerańskiego. Wystawa ukazała, jak wielu lekarzy jest uzdolnionych plastycznie. Liczni widzowie twierdzili, że większość prac zawiesiłaby chętnie w swoich domach. Doktor Mieczysław Chruściel, ginekolog i znakomity portrecista ze Szczecina, był dosłownie oblegany przez fanów. Namalował m.in. portret św. Jana Pawła, który podarowano papieżowi w czasie jego wizyty, a także portrety wszystkich rektorów Pomorskiej Akademii Medycznej. Są też wśród nas fani fotografii, jak prof. Marek Nowacki, który zdobył międzynarodowe uznanie w tej dziedzinie.

Po koncercie Ars Medici w Romie w 2011 r., gdy 1100 widzów (wiele osób siedziało na schodach, a blisko 100 osób szturmowało drzwi z ulicy, nie mogąc się dostać na koncert), już w kulisach prof. Adam Torbicki, kardiolog i świetny pianista, powiedział: „Najważniejsze, że mogliśmy się tu wszyscy zobaczyć i przekonać, że mamy tak szlachetne hobby”. Jeszcze raz unaoczniono, jak sztuka leczenia jest blisko sztuk pięknych. ○

Jerzy Woy-Wojciechowski kończy w tym roku 85 lat.

Za wszystko dziękując, życzymy Panu Profesorowi kolejnych lat w zdrowiu i bliskości sztuk pięknych, niekoniecznie wiążących się z medycyną.

Andrzej Matyja, Ryszard Golański i Jarosław Wanecki

Świat, który słyszę

☞ JAROSŁAW WANECKI



25 lat temu powstało w Warszawie Centrum Implantów Ślimakowych „Cochlear Center”, które stało się zalążkiem Instytutu Patologii i Fizjologii Słuchu oraz Światowego Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach. W historii polskiej medycyny nie ma drugiego ośrodka, który rozwijałby się tak dynamicznie, wykonując najwięcej na świecie operacji poprawiających słuch. Markę stworzył prof. Henryk Skarżyński – Mistrz.

W lipcowy, burzowy wieczór, pod wielkim namiotem „Symfonia Varsovia”, zagrali i zaśpiewali uczestnicy warsztatów „Muzyka w rozwoju słuchowym człowieka” – pacjenci ze wszystkich zakątków globu, którym w Kajetanach wszczepiono implanty słuchowe. Przygotowania do koncertu prowadzili profesjonalni muzycy,

a wyboru dziesięciu laureatów dokonało jury pod przewodnictwem profesora sztuki Ryszarda Zimaka. Kurs jest częścią programu naukowo-rehabilitacyjnego, dzięki któremu łatwiejszy jest powrót do świata dźwięków. Innowacją polega na autorskich kompozycjach opracowanych specjalnie na potrzeby terapii muzyki pasywnej i aktywnej.

Gala „Ślimakowych Rytmów” to doświadczenie niezwykle. Oto ozdowieńcy, dzieci, nastolatki i osoby dorosłe, z widocznymi na skórze głowy implantami słuchowymi, stają na wielkiej estradzie. I nie jest to zabawa ani happening, tym bardziej amatorski występ imieninowy. Bez taryf ulgowych, z utworami muzyki poważnej i rozrywkowej, z zapierającą w pierś wirtuozerią.

Finałowy koncert pacjentów i gwiazd poprzedziła oficjalna uroczystość z udziałem władz, wzruszającymi

^ Finał koncertu galowego.

podziękowaniami dla pracowników oraz emisją filmu, który klatka po klatce pokazał rozwój Światowego Centrum Słuchu. Zaledwie ćwierć wieku ku doskonałości na miarę 4 mln konsultacji i 500 tys. operacji poprawiających słuch, mowę, głos, równowagę i oddychanie.

Henryk Skarżyński jest autorem tekstu piosenki „Świat, który słyszę”, do której muzykę skomponował Krzesimir Dębski.

„Wiele się w naszym życiu zmienia
Kiedy spełniają się marzenia
I słuch się zmienia
I głos się zmienia
Wszystko nabiera nowego znaczenia”.

Wszystkim, dzięki którym „Cisza to dziś przebrzmiały sen”, i tym, którzy usłyszeli świat nutowych partytur, publiczność zgotowała owację na stojąco. ○



Fotorelacja na
www.gazetalekarska.pl



Rajd

W pierwszym tygodniu sierpnia po raz kolejny odbył się „Rajd Górski Służby Zdrowia Bieszczady”. Rajd był organizowany przez OIL w Rzeszowie, a w zasadzie przez nieocenioną „rajdową opiekunkę” – dr Marię Szuber. (O)

Tenis

Na przełomie maja i czerwca odbyły się XXVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie. Do Zielonej Góry zjechało ok. 140 pasjonatów tenisa – lekarzy z Polski i innych krajów. W dniach **28 i 29 lipca** oraz **1 sierpnia** odbył się VII Turniej Tenisa Ziemnego „Dziennikarze vs. Lekarze”. Organizatorem turnieju był prezes Klubu Sportowego „Bronek” ZLP w Chicago dr Bronisław Orawiec. OIL w Łodzi, przy współudziale NIL oraz PSTL, zaprasza na XXI Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie – Memoriał Andrzeja Jasińskiego, które odbędą się w dniach 8-11 listopada w Pabianicach koło Łodzi. (O)



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Żeglarstwo

W dniach **15-17 czerwca** na jeziorze Miedwie odbył się XIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izby Lekarskich w żeglarstwie klasa Omega. (O)

Kolarstwo

Ride 4 Women – grupa ginekologów onkologów przemierzających Europę na rowerach, aby okazać solidarność z kobietami walczącymi z chorobą nowotworową i promować badania profilaktyczne, dotarła **10 lipca** do Kielc. Chcąc pokazać, że nawet przewlekła choroba nie musi być ograniczeniem w spełnianiu sportowych marzeń, w tegorocznej edycji najważniejszej kolarskiej imprezy w naszym kraju, Tour de Pologne, udział wzięła drużyna Mojacukrzyca.pl. (O)

Lekka atletyka

Od **30 czerwca do 1 lipca** na Stadionie Miejskim w Toruniu odbyły się 28. Mistrzostwa Polski Masters, 7. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce i 1. Mistrzostwa Polski Dziennikarzy. Natomiast 10 czerwca, także w Toruniu, 70 zawodniczek i zawodników (w tym 5 lekarzy) uczestniczyło w 3. Mistrzostwach Polski Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych (pięcioboju klasycznym i pięcioboju rzutowym). (O)

Showdown

Podczas IX Mistrzostw Europy Niewidomych i Słabowidzących w showdown – dyscyplinie sportowej, w której Polacy odnoszą międzynarodowe sukcesy, pomocą w organizacji i przeprowadzeniu imprezy służyli polscy lekarze. Zawody rozegrano w dniach **21-27 sierpnia** w Warszawie. (O)



Strzelectwo

Ortodontka Bibiana Adamska ze Śląskiej Izby Lekarskiej wywalczyła tytuł wicemistrzyni kraju w klasyfikacji drużynowej podczas mistrzostw Polski w sześcioboju myśliwskim. (O)



) Ogłoszenia















ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W SZCZECINIE, ROCZNIK 1988

Z okazji jubileuszu 30-lecia ukończenia studiów organizujemy spotkanie koleżeńskie w dniach 12-14 października. Miejsce: Dolina Charlotty Resort & SPA, Strzelinko 14, 72-600 Słupsk. Rezerwacja hotelu we własnym zakresie na hasło zjazd absolwentów PUM (Anna Bonder, tel. 667 710 366, www.dolinacharlotty.pl). Informacje: Dariusz Adamczyk, tel. 602 353 308, darekad@yahoo.pl; Anita Wnuk tel. 668 398 686.

ZJAZD ABSOLWENTÓW ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ, ROCZNIK 1983

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy, z przyjemnością zapraszamy do wzięcia udziału w spotkaniu z okazji 35-lecia ukończenia Śląskiej Akademii Medycznej, które odbędzie się w dniach 20-21 października 2018 r. w Hotelu Mercure Kasprowy w Zakopanem. Rejestracja do udziału w Zjeździe oraz szczegóły: www.slam1983.pl. Serdecznie zapraszamy!

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1989

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 24-26 maja 2019 r. (Vital & SPA Resort Szarotka). Program Zjazdu dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 grudnia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1989”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1979

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 31 maja-2 czerwca 2019 r. (Vital & SPA Resort Szarotka). Program Zjazdu dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 grudnia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1979”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1976

Koleżanki i Koledzy! Serdecznie zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego

Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 7-9 czerwca 2019 r. w Polanicy Zdroju (57-320 Polanica Zdrój, Rybna 9, Pensjonat BEATA). Opłata za uczestnictwo w Zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 450 PLN. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 26 1140 2004 0000 3702 7737 0761 (odbiorca Krystyna Ślusarek) do 31 grudnia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1976”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1994

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 7-9 czerwca 2019 r. (Vital & SPA Resort Szarotka). Program Zjazdu dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 grudnia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1994”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl.

JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1969

Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 15 czerwca 2019 r. (sobota) we Wrocławiu. Program Zjazdu dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 grudnia 2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1969”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl.

ABSOLWENCI ŚLAM Z ROKU 1987

– WYDZIAŁ ZABRZAŃSKI

Zapraszamy na koleżeńskie spotkanie po 31 latach od dyplomu w pięknych okolicznościach przyrody Beskidu Żywieckiego w dniach 06-07 października 2018 r. Gości-ny udzieli nam schronisko Chata pod Skalanką (atmosfera i standard studencki). W programie m.in.: msza święta, podziwianie okolicy, kontakt z naturą, biesiadowanie przy lokalnej góralskiej muzyce, jadle i napitku, oczywiście nocne rodaków rozmowy niedokończone... Szczegóły i zgłoszenia do 22 września 2018 r. u kolegi Witolda Tomczaka, tel. 601 287 742, email: wtomczak@mp.pl.

UWAGA! PROSIMY O NADSYŁANIE KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ 800 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).



Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Ruch oporu

Ponad 120 tysięcy podpisów popierających obywatelski projekt ustawy znoszącej obowiązkowe szczepienia ochronne złożyło do Sejmu stowarzyszenie STOP NOP. Zbiórka trwała niespełna trzy miesiące i wpisała się w modę negacji wiedzy opartej na faktach oraz emocjonalną grę wszędobylskiego populizmu. W sprawę, podobnie jak przy legalizacji marihuany, zaangażowali się politycy. Na barykadzie w obronie zdrowia publicznego w pierwszym szeregu stanął rezydent pediatrii Dawid Ciemięga.

To wszystko z nudów, wysoki sędzie... nie ma cudów” – pisała w jednej ze swoich piosenek Agnieszka Osiecka. Świat nie znosi próżni, wszystko płynie i nic nie jest dane raz na zawsze. Destabilizacja ogarnia coraz więcej dziedzin naszego życia. Dotychczasowe „bicie na oślep”, powodowane negatywnymi doświadczeniami w kontaktach ze służbą zdrowia, zamieniono na zaplanowaną akcję, która prędzej czy później przyniesie niepowetowane straty ludzkie. Wojna informacyjna, jak piszą na swoich plakatach antyszczepionkowscy, trwa. Rozpętanie jej było możliwe wyłącznie dzięki stabilnej sytuacji epidemiologicznej. Ale czy tylko spokój na szpitalnych korytarzach wywołał ten narastający niepokój wśród matek i ojców nowonarodzonych Polaków?

Co się stało, że do szczelnego systemu procedur kalendarza szczepień wdarła się z taką siłą kropla wątplenia, mogąca w krótkim czasie rozsądzić dorobek wielu pokoleń pediatrów? Czy zniechęcanie do szczepień przez niedouczonych lekarzy i docelowa eliminacja specjalistów chorób dzieci z podstawowej opieki zdrowotnej nie powinny alarmować bardziej niż czujność rodziców? Czy lekceważący ton wobec pytań o niepożądane odczyny i ich rejestrację oraz ośmieszanie lęków nie legły u podstaw reakcji oportunistów? Czy możliwy byłby ruch przeciw zdrowiu bez podpowiedzi środowisk medycznych, dzielących się swoimi opiniami ze wszystkimi, ale niekoniecznie między sobą? Jak rozbroić bombę z opóźnionym zapłonem epidemii, której zegar, zgodnie z najnowszymi danymi statystyk wyszczepialności populacji, ruszył z niebywałym jak dotąd impetem?

Działania uderzające w filary zdrowia publicznego opierają się na oskarżeniach o udział lekarzy w mafii farmaceutycznej. Wieloletnie prośby i groźby Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w stronę Ministerstwa Zdrowia,

aby dostosować kalendarz szczepień do standardów europejskich i zdjąć z poradni rodzinnych obowiązek zalecania szczepionek, na które nie stać państwa, są nieskuteczne. Efektem zmagania przymusowych komiwojażerów z punktów szczepień, przekonujących do preparatów skojarzonych i zalecanych, jest uwikłanie w handel, którego prowadzeniem powinien zająć się wyłącznie rząd, biorąc pełną odpowiedzialność za przetargi i dostarczone z sanepidów produkty. Wówczas rozmowa z rodzicami nie rozpoczynałaby się od proponowania cen i żmudnego informowania o wyższości kumulacji antygenów nad mnożeniem ukłuć. Jednocześnie certyfikat „szczepionki państwowej” obaliłby argument o udziale lekarzy w zyskach rynku farmaceutycznego.

Batalia doktora Dawida Ciemięgi na szczęście już od jakiegoś czasu nie jest samotna. Mimo to braki jednoznacznej i natychmiastowej reakcji na kłamstwa, wyrwytkowe cytowania materiałów naukowych, kampania obrazów, w której główną rolę grają dzieci autystyczne, poczyniły wiele nieodwracalnych szkód w świadomości społecznej. Podobnie jak reklama, zmanipulowane informacje docierają kanałami medialnymi również do lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy nie zajmują się szczepieniami, ale jakże często mają na ten temat bardzo wiele do powiedzenia. Rozmowy z koleżankami i kolegami są czasami porażające, a my wciąż nie znaleźliśmy samorządowych i uniwersyteckich mechanizmów, aby szerzeniu andronów się przeciwstawić. Tolerujemy świat wolnych elektronów w medycynie, bezkrytycznie autonomicznych specjalistów, pozbawionych odpowiedniego nadzoru konsultanckiego i przy bezsensownie osłabionej pozycji ordynatorów. Śpiewać każdy może!

W 1796 r. Edward Jenner wynalazł szczepionkę przeciwko ospie prawdziwej, która mimo pierwotnego oporu, wyzwołała świat od „straszliwej plagi”. W Afryce rozpoczęto właśnie próby ze szczepionką przeciw malarii.

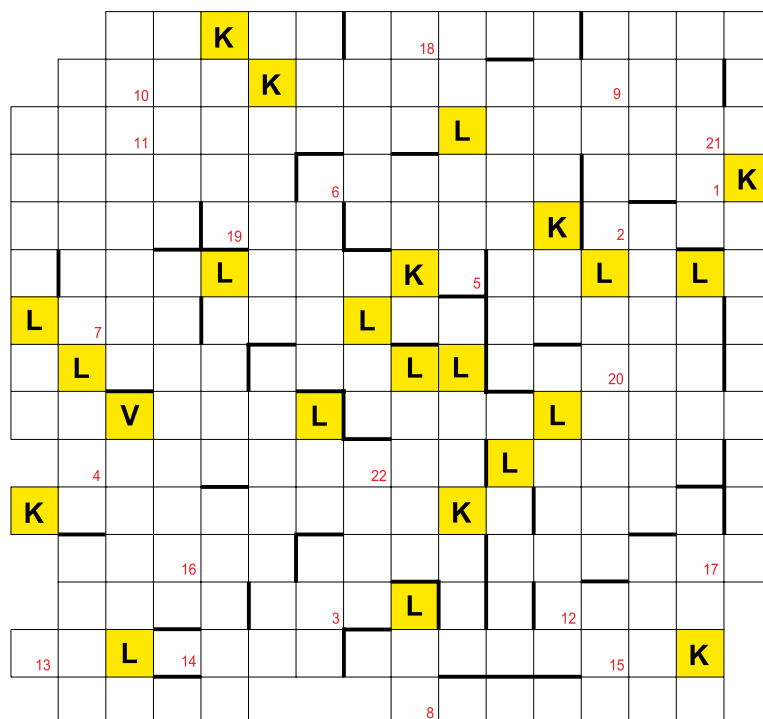
Cudów nie ma. Dzisiaj walczymy o szczepienia, a co przyniesie jutro? Czas na lekarski ruch. ○



Objaśnienia 75 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: K, L i V. Na ponumerowanych polach ukryto 22 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl, której autorem jest Ludwik Hirszfeld. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 września 2018 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* „Klauzula informacyjna” na s. 65



Rozwiązanie Jolki lekarskiej 235 („GL” nr 06/2018)

Doświadczenie – nazwa jaką nadajemy naszym błędom.

Nagrody otrzymują:

Marianna Suska-Cichosz (Lublin), **Marcin Gawęł** (Dojazdów), **Katarzyna Kolarz** (Lublin). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody przesyłamy pocztą.

* nerka (łac.) * królewscy z Madrytu * „... i Przyjaciele” * kochanka Samsona * PKO lub krwi * studencka „Solidarność” * stan, kolebka buddyzmu i dżinizmu * babiloński bóg burzy i wojny * mądrość, umysł * tytuł władcy krainy zależnej od Rzymu * bór, tajga * powód cierpień młodego Wertera * klonowana Dolly * przylądek Espartel * australijski nietop * mała warownia * lingwistyka * lubi dręczyć i pastwić się * Włochy * Gottlieb, konkurent Benza * show * syn matki * święte miasto 3 religii * pod butami himalaisty * kraj Meszy * kwas rybonukleinowy * wino z Andaluzji * Chloroform * współtworzył Unię Demokratyczną * przewlekły ropny nieżyt nosa * ... eleison * stan z Des Moines * przewód inicjujący wybuch * kuglarz, czarodziej * produkt reakcji kondensacji aldehydów z hydroksyalaniną * największa wyspa w archipelagu Revillagigedo * matka Sybilli * plemię między Dniestrem a Prutem * O2 * tkanina z Torunia * płynie w Goleniowie * wrażenie utraty własnej tożsamości * amerykański krzew z czarnymi owocami * rana * drugie miasto Wenezueli * mniejsza od netto * mocznik (łac.) * peklowana karkówka wieprzowa bez kości * bałtyckie komórki bakterii lub alg układające się w nici * Ołomuniec po zeskoku * ströme wybrzeża Hiszpanii * amerykański genetyk i immunolog, noblista (1980) * szczury wodne * Mister ..., przydomek Gromyki * plusz na suknie i obicia mebli * rogówka (łac.) * ogród zwierząt * drugie miasto Korei Pd. * domowa lub światowa * etakrydyna * twardy polichlorek winylu * tropikalne pnącze * między Świną a Pianą * zmniejsza przechyły boczne * fasolnik egipski * gorzała z ryżu lub daktyli * wieloczęściowe urządzenie stomatologa * jezioro i miasto Rezaïje * sławna córka Minosa * ospa (łac.) * drobiazg, bagatela * delfin z Amazonii * druga rzeka Ameryki Pd. * angielskie prawo * funiculus umbilicalis

Jerzy Badowski

Wydawca:



Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 172 950 tegz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Marek Jodłowski
Jolanta Małmyga
Wojciech Marquardt
Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
Tel. 600 909 382
naczelny@gazetalekarska.pl

Zastępca redaktora naczelnego:
Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl

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

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

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

Redakcja:
Tel. (22) 558 80 40
Fax (22) 558 80 42
redakcja@gazetalekarska.pl

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Jarosław Klimek (Łódź)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Berlin)
Joanna Sokołowska (Płock)

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

Adres redakcji:
00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110
www.gazetalekarska.pl

Opracowanie graficzne:
Teresa Urawska

Reklama i marketing:
Elżbieta Tarczyńska
Tel. (22) 559 13 26
Fax (22) 558 80 42
Tel. 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia:
Michał Ostaszewski
Tel. (22) 559 13 26
Fax (22) 558 80 42
m.ostaszewski@gazetalekarska.pl

Druk:
LSC Communications Poland Sp. z o.o.

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótnych, adjustacji, 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).

