

SAMORZĄD: Odpowiedzialność zawodowa



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

9 | 2019

DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

PRAWIDŁOWO SKONSTRUOWANA UMOWA

Finanse szpitali

NIEUBEZPIECZENI CUDZOZIEMCY

KTO ZAPŁACI ZA LECZENIE?

■ Zaświadczenie bez zbadania

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

■ Wzorcowa Skandynawia

PROFILAKTYKA CHOROŃ
UKŁADU KRĄŻENIA

■ Świadectwo i przemysł

PROF. TADEUSZ TOŁŁOCZKO

Temat numeru

KOMU WŁADZĘ?

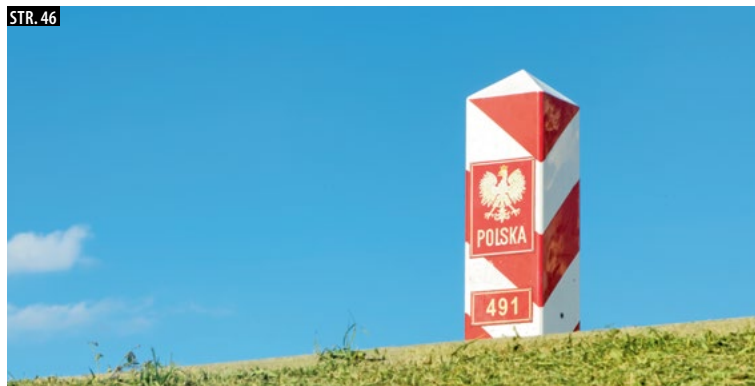
PRZEDWYBORCZE OBIETNICE

34

SPOTKANIE W SŁOWIE

Nie chcę być pęcherzykiem
żółciowym spod trójki
ani artroskopią na dwójce.

STR. 46



44

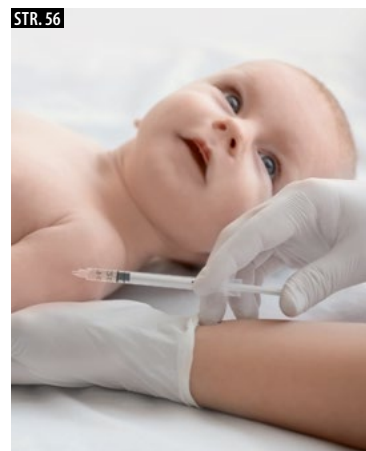
JESTEŚMY W POŁOWIE STAWKI

Wywiad z prof. Piotrem
Przybyłowskim, prezesem Polskiego
Towarzystwa Transplantacyjnego.

STR. 52



STR. 56



Spis treści

Wrzesień 2019

SAMORZĄD

- 4 | Nie chcemy być zdrowotnym
pariasem Europy
- 8 | Materia jest trudna,
a pomieszanie wielkie
- 10 | Odpowiedzialność
zawodowa

TEMAT NUMERU

- 16 | Ministrowie zdrowia III RP
- 17 | Komu władzę?
- 20 | Co obiecują politycy?

PRAWO I MEDYCyna

- 22 | Rachunek kosztów
- 24 | Jak prawidłowo
skonstruować umowę
- 27 | Zaświadczenie
bez zbadania
- 28 | Jak się nie dać NFZ

PRAKTYKA LEKARSKA

- 30 | Lektury (nie)obowiązkowe

- 31 | Dlk1 może zmienić
leczenie
- 32 | Powołano do życia PTSG
- 34 | Spotkanie w słowie
- 36 | Świadcstwo
i przemysł
- 38 | Biuletyn
- 44 | Polska transplantologia
jest w połowie stawki
- 46 | Kto zapłaci za
nieubezpieczonego
cudzoziemca?
- 51 | Okulistyczne
Oscary
- 52 | Co dziś jest tu, gdzie
prof. Religa przeszczepił
pierwsze serce?
- 54 | Ostatni dzień
urlopu

ZE ŚWIATA

- 56 | Pacjenci oceniają:
najlepiej w Azji

- 57 | RODO: 460 tys. euro
kary dla szpitala w Hadze
- 58 | Wzorcowa Skandynawia

NAUKA

- 60 | Pora dnia
ma znaczenie

LISTY

- 61 | Odejdę z zawodu
E-terrorysta i śmierć

PO GODZINACH

- 62 | Lato niezdrowych
emocji
- 63 | Niedoczynność
- 64 | Święty spokój
- 66 | Kultura
- 68 | Sport
- 70 | Życie jest silniejsze
- 72 | Gra z cieniem
- 74 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Z SOBIESKIEGO 110

Nie chcemy być zdrowotnym pariasem Europy

Dlaczego z poprawy kondycji zdrowotnej Polaków nie uczynić ponadpartyjnego i ponadpokoleniowego wyzwania cywilizacyjnego?

W tym roku obchodziliśmy dwudziestą rocznicę wprowadzenia reformy ochrony zdrowia powiązanej z utworzeniem kas chorych. Jubileusz ten nie był szczególnie celebrowany, bo i chyba nie było się czym szczycić. Reforma przeszła wiele zakrętów, więc obecny kształt systemu mocno odbiega od założeń jego twórców.

Miotamy się między jedną „reformą” a drugą. Efekty nie przystają do zapowiedzi, czego dowodzi chociażby niedawny raport NIK, oceniający wprowadzenie sieci szpitali. Słowa krytyki można kierować pod adresem każdej ekipy rządzącej. Tajemnicą poliszynela jest, że wśród polityków różnych opcji panuje przekonanie, że ochrona zdrowia to worek bez dna i niezależnie od skali nakładów próżno oczekiwać wyraźnie rosnących słupków poparcia w ciągu czterech lat kadencji. Kalendarz wyborczy nie sprzyja długofalowym reformom. Mało tego, rozbieżności są nie tylko między ugrupowaniami politycznymi, ale i między szefami resortu zdrowia tej samej opcji. W praktyce zapisy w ustawach czy rozporządzeniach nie mają pokrycia w pieniądzach. Gdy jest pożar, gasi się go. I jak tu mówić o spójnej wizji!

Efekty dwóch dekad są mizerne. Polska jest w ogniu Europy: skrajne

niedofinansowanie i wynikająca stąd niska jakość opieki, przeciążenie kadr, zapaść w dostępie do leczenia, przedwczesne zgony, brak środków na edukację i jej skutek w postaci niskiej społecznej świadomości zdrowotnej. Jeśli do tego dodamy rosnące w ostatnim czasie spożycie alkoholu i palenie tytoniu, niepowodzenie w walce z dopalaczami, niezdrowy tryb życia naszych obywateli, to trzeba mocno bić na alarm. Jak pokazuje zamieszczony kilka stron dalej temat numeru, partie polityczne startujące w nadchodzących wyborach poprzestają na kilku hasłach, a spójnej koncepcji trudno się tam dopatrzyć. Wielce prawdopodobne, że niezależnie od wyników wyborów, czekać nas może powtórka – działania wybiórcze i doraźne. Politykom brakuje odwagi, bo ochrona zdrowia to pole minowe. Może więc realne zmiany wymusi dopiero oddolna społeczna presja?

Nie dziwię się determinacji naszych młodszych kolegów, rezydentów, którzy protestują przeciwko chronicznemu niedofinansowaniu ochrony zdrowia. Oni nie chcą godzić się na obecną sytuację i – pewnie jak ich starsi koledzy przed dwudziestu, trzydziestu laty – wierzą, że nie ma powodu, byśmy się wlekli w ogonie Europy. Nie są to tylko ich ambicje. Musimy działać razem. Nie można nas już zbywać pustymi obietnicami. Przemieszczający się po Europie nasi rodacy, którzy czy jako pacjenci, czy jako pracownicy obserwują, jak może funkcjonować dobrze zorganizowana i mądrze finansowana ochrona zdrowia.

Nie chcemy być zdrowotnym pariasem Europy! Stać nas na więcej. Dlaczego z poprawy szeroko rozumianej kondycji zdrowotnej Polaków nie uczynić ponadpartyjnego i ponadpokoleniowego wyzwania cywilizacyjnego? Kryje się za tym koncepcja rozwoju medycyny – prawiczej, profilaktyki, promocji zdrowia, edukacji, odpowiedniej oferty usług i przemysłu, proekologicznych inwestycji, a także racjonalnego systemu finansowania. Wszystko po to, by wreszcie zacząć traktować zdrowie jak opłacalną, długoterminową inwestycję.

Z takimi refleksjami wychodziłem z – śmiem twierdzić – historycznego spotkania, jakie odbyło się w siedzibie NIL 22 sierpnia. Przedstawiciele samorządów zawodów medycznych, pracowników i pracodawców ochrony zdrowia, władz samorządowych i organizacji pacjenckich wymienili się bardzo konkretnymi informacjami o sytuacji w swoich dziedzinach i postanowili połączyć siły, wspólnie występując do prezydenta, premiera, ministra zdrowia i liderów partii politycznych z apelem o podjęcie natychmiastowych działań ratujących system ochrony zdrowia przed dalszą degradacją i możliwym załamaniem. Apel ten poparty jest twardymi danymi.

Pilna interwencja to teraz zadanie numer jeden, bo jak np. ostrzegają zarządzający szpitalami, lokalni samorządowcy, lekarze, ratownicy medyczni w nadchodzącym roku może nastąpić tąpnięcie, przez które ucierpią pacjenci, czyli wcześniej czy później każdy z nas, nie wyłączając polityków, bo nikomu nie uda się wykupić abonamentu na długowieczność w dobrym zdrowiu. ■

SKRINING

Wspólny głos

To spotkanie środowisk, które wiele łączy – powiedział 22 sierpnia w siedzibie NIL prezes NRL Andrzej Matyja podczas inauguracji spotkania przedstawicieli samorządów zawodów medycznych, samorządów lokalnych, pracodawców ochrony zdrowia (w tym szpitali), organizacji pacjenckich, OZZL i Porozumienia Rezydentów OZZL.

Ci, którzy przybyli do NIL, nie mieli wątpliwości, że sytuacja finansowa w polskiej ochronie zdrowia wymaga pilnej interwencji i zdecydowanych działań, powiązanych z faktycznym wzrostem puli środków na leczenie oraz podwyżkami wynagrodzeń dla wszystkich osób zatrudnionych w ochronie zdrowia. – Rozmawiamy przez 20 lat, udając, że naprawiamy, a tak naprawdę tylko rozmawiamy, a system ochrony zdrowia, jaki był, taki pozostaje, nieprzyjazny dla naszych chorych. Przed zbliżającymi się wyborami chcielibyśmy wreszcie usłyszeć propozycje długoterminowych rozwiązań wzrostu finansowania, byśmy nie byli na szarym końcu



Europy – podkreślił prof. Andrzej Matyja. Jak powiedział zastępca sekretarza NRL Artur Drobniak, niewystarczające środki finansowe i deficyt lekarzy nieuchronnie prowadzą do zapaści w dostępności do leczenia, a w naszym kraju obserwujemy politykę gaszenia pożarów i dosypywania środków tylko na wybrane, wąskie cele. – Każda kolejna opcja rządząca próbuje wprowadzić nową reformę, ale mimo to ochrona zdrowia nie działa sprawniej, a jej ocena wśród Polaków jest coraz gorsza. Żadna struktura nie wytrzyma reform co cztery lata – powiedział z kolei członek Prezydium NRL Jerzy Friediger. O tym, że szpitale mogą być zamykane ze względu na długi, mówił prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych Waldemar Malinowski. Uczestnicy spotkania zapowiedzieli, że skierują pismo do prezydenta Andrzeja Dudy, premiera Mateusza Morawieckiego i ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego oraz zwrócą się do partii politycznych z pytaniem o propozycje programowe dotyczące ochrony zdrowia. ■

Od lewej:
prezes NRL
Andrzej Matyja,
przewodniczący
PR OZZL
Jan Czarnecki,
prezes
Krajowej Rady
Fizjoterapeutów
Maciej
Krawczyk



gazetalekarska.pl

NIL i KIDL zacieśniają współpracę

9 sierpnia, podczas posiedzenia Prezydium NRL, odbyło się spotkanie z członkami Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Doszło do podpisania listu intencyjnego między NIL i Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych. Ze względu na specyfikę działalności, oba samorządy widzą korzyści, jakie może przynieść im współpraca w zakresie organizacji ustawicznego szkolenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów oraz diagnostów laboratoryjnych. Strony zobowiązały się do wymiany doświadczeń i informacji w tej kwestii. ■

Wiceminister w NIL

Od spotkania z podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia Januszem Cieszyńskim rozpoczęło się posiedzenie Prezydium NRL w dniu 26 lipca. Prawie 1,5-godzinne rozmowy skoncentrowano na omówieniu prac legislacyjnych regulujących kwestie e-zdrowia. Po południu gościem posiedzenia Prezydium NRL był przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL Jan Czarnecki. Rozpatrzono

również projekty stanowisk m.in. w sprawie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz projektu dokumentu rządowego „Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018)”. ■

SKRINING

Urodziny prof. Tołłoczki



gazetalekarska.pl

Wiceprezes NRL
Krzysztof Madej
i jubilat z żoną.



2 sierpnia w Domu i Klubie Lekarza przy ul. Raszyńskiej w Warszawie odbyła się uroczystość z okazji 90-lecia urodzin prof. dr. hab. Tadeusza Tołłoczki. W spotkaniu uczestniczył wiceprezes NRL Krzysztof Madej. Obecni byli także przyjaciele i rodzina profesora oraz wiele osobistości związanych ze środowiskiem lekarskim, w tym m.in. prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski, prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Jerzy Jurkiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego prof. Waldemar Kostewicz,

a także prof. Sławomir Nazarewski, prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, prof. Wojciech Noszczyk, prof. Leszek Pączek, prof. Henryk Skarżyński, a także – oczywiście – jubilat wraz z żoną. Wiceprezes NRL Krzysztof Madej wręczył profesorowi pamiątkową grafikę autorstwa Kacpra Bożka pt. „Demonologia kliniczna”. Przeczytał też fragment listu, w którym prof. Andrzej Matyja pisze: „Jesteś z tego niezwykłego pokolenia chirurgów, będących esencją elity, którzy obok swojej miłości do medycyny, darzyli gorącym uczuciem teatr, literaturę, malarstwo i inne sfery kultury. Przyznaję, że jedynym pozytywnym aspektem tego, że nie zostałeś prezesem samorządu lekarskiego jest to, że nie będę do Ciebie porównywany”. Spotkanie przygotowało TLW wraz z OIL w Warszawie. ■

Ważne sprawy



Na ostatnim przed wakacjami posiedzeniu NRL prof. Piotr Czauderna, koordynator Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, omówił efekty debaty „Wspólnie dla Zdrowia”. Ponadto w czasie posiedzenia NRL rozpatrywano projekty stanowisk m.in. w sprawie: interpretacji art. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie ustalania 5-letniego okresu niewykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, przyznania stypendiów NRL oraz projektu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw. ■

EDM i nie tylko

Cyfryzacja to duże wyzwanie dla lekarzy i lekarzy dentyistów. W styczniu 2020 r. wejdzie obowiązek wystawiania e-recept. Aby sprostać obowiązkowi wynikającemu z wprowadzania EDM, potrzebne są m.in. specjalne programy. Co trzeba zakupić? Dlaczego należy to zrobić? Kiedy? Czy wstrzymywać się z decyzją o zakupie i na jak długo? Między innymi na te pytania odpowiada „Krótki Przewodnik po e-Zdrowiu” dostępny pod adresem <https://stom.hipokrates.org/edm/algorytm>. Poradnik przeprowadza lekarzy przez algorytm decyzyjny. „Pomimo iż

wszystkie materiały zamieszczone są na części serwera NIL, jakim zarządza Komisja Stomatologiczna, przewodnik może być przydatny nie tylko stomatologom. Adresowany jest bowiem w pierwszym rzędzie do wszystkich, którzy prowadzą podmioty i praktyki nieposiadające napisanego pod potrzeby danego podmiotu programu do dokumentacji medycznej” – czytamy we wprowadzeniu. Pod wskazanym adresem dostępny jest również link do filmu, w którym wiceprezes NRL Andrzej Cisko omawia, czym jest EDM. ■

SKRINING**„Zdrowa Praca”**

Maksymalnie 48 godzin pracy w tygodniu – to główny cel akcji „Zdrowa Praca” prowadzonej przez Porozumienie Rezydentów OZZL wraz z OZZL. Wspiera ją NIL. Organizatorzy wezwali wszystkich lekarzy do wypowiadania klauzuli opt-out do końca sierpnia oraz rezygnacji z dodatkowych prac od początku października.

Przepracowanie sprzyja wypaleniu zawodowemu, co niekorzystnie wpływa zarówno na lekarza, jak i na pacjentów, ale to nie jest jedyny powód rozpoczęcia akcji „Zdrowa Praca”. Jej główne postulaty to: zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do 6,8 proc. PKB w ciągu trzech lat, likwidacja kolejek, rozwiązanie problemu braku personelu medycznego, likwidacja biurokracji w ochronie zdrowia. „Zdrowa Praca” to wyraz sprzeciwu wobec aktualnego stanu opieki zdrowotnej w Polsce oraz braku pełnej realizacji porozumienia zawartego pomiędzy ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim i lekarzami rezydentami w lutym 2018 r. Termin jej rozpoczęcia nie jest przypadkowy. Wybory parlamentarne odbędą się już za kilka tygodni. Jak tłumaczy przewodniczący PR OZZL Jan Czarnecki, politycy znacznie uważniej słuchają postulatów w czasie przedwyborczym.

Jego zdaniem decyzje podejmowane przez rząd Mateusza Morawieckiego i Ministerstwo Zdrowia są pozorowane, nie zapewniając autentycznej poprawy sytuacji w ochronie zdrowia. – Wypowiedzenie klauzuli opt-out ma sprawić, że rząd zasiądzie z nami do rozmów – podkreśla Jan Czarnecki. – Politycy traktują ochronę zdrowia jak czarną dziurę, która nie daje profitów, bo kogo interesuje spadek współczynnika zachorowań po 10 latach? – pyta retorycznie Jan Czarnecki. Czy akcja „Zdrowa Praca” sparaliżuje przynajmniej część szpitali, przekonamy się w najbliższych tygodniach. Dodatkowe informacje są dostępne na stronie internetowej www.akcjazdrowapraca.pl. Można stamtąd pobrać m.in. wzór oświadczenia pracownika o cofnięciu zgody na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin tygodniowo, który należy przedłożyć dyrekcji placówki. „W trosce o naszych pacjentów, o nas i nasze rodziny, nie możemy dalej swoją pracą ponad siły ukrywać dramatycznej sytuacji kadrowej i finansowej publicznych szpitali. Nie możemy zgadzać się na zagrażający pacjentowi i nam system” – w taki sposób swoje motywacje tłumaczą organizatorzy akcji. ■

Wytyczne

W związku z zakończeniem pierwszej części projektu unijnego przez NIL i partnerów: Medycynę Praktyczną, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, w ramach której powstał zestaw wytycznych dla lekarzy pracujących w POZ, zapraszamy do zapoznania się z ostatnim, piątym dokumentem wytycznych. Jest on dostępny na stronie www.wytyczne.org. Zapisy na szkolenia odbywają się online: <https://szkolenia.hipokrates.org>. ■

**UHONOROWANIE
WILHELMA EBSTEINA**

21 września w Teatrze Miejskim w Jaworze odbędzie się uroczystość poświęcona osiągnięciom niezwykłego lekarza, dra Wilhelma Ebsteina. W spotkaniu wezmą udział m.in. europejscy liderzy kardiologii i kardiochirurgii, światowej sławy eksperci w leczeniu choroby Ebsteina, swoją obecność zapowiedzieli też minister zdrowia Łukasz Szumowski i marszałek senior sejmu dr Kornel Morawiecki. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym to wydarzenie. ■



KRZYSZTOF MADEJ

wiceprezes NRL

Materia jest trudna, a pomieszanie wielkie

Ze wszystkich tekstów, które w ostatnim czasie przeczytałem w „Gazecie Lekarskiej”, największe wrażenie zrobił na mnie krótki list do redakcji Pani Doktor Wandy Radlińskiej, opublikowany w numerze czerwcowym („GL” 6/2019, str. 62). To piękny, szlachetny i ascetyczny tekst – w głównej swej części sześćozdaniowy.

W istocie jest on wywodem deontologicznym, mówiącym, że umieranie oraz często towarzyszące umieraniu cierpienie także powinny mieścić się w zakresie niezbywalnych powinności lekarskich. Autorka pisze do Kolegów lekarzy: „podobnie jak pomagacie ludziom przy ich narodzinach oraz w chorobach i cierpieniach przez całe ludzkie życie, nie zapominajcie o usuwaniu cierpienia ludziom umierającym”. Proces umierania, któremu towarzyszy cierpienie, autorka nazywa „piekłem umierania”.

W ogólnym rozumieniu powinności medycyny sprawa wydaje się oczywista, ale skoro autorka w ten sposób prowadzi linię swojego filozofowania, to może oznaczać, że dostrzega w medycynie jakiś w tym względzie deficyt. Pisz: „nie zapominajcie”, tak jakby zapominanie w tym wypadku ma lub może mieć miejsce. Zmierzajmy jednak do tezy końcowej (i głównej listu), przy czytaniu której zadrżałem z przerażenia. Autorka kończy swój list apelem: „Zapewnijcie bliźnim ortotanazję. Zabiegajcie o możliwość stosowania eutanazji, czyli »dobrej śmierci«”.

Oto w tym niezwykłym, strzelistym skrócie istoty medycyny, jakim jest walka z cierpieniem, pojawia się złowieszcze słowo eutanazja. Słowo to przytoczone zostało w pozytywnym świetle, przez lekarza i jeszcze na dokładkę w piśmie dla lekarzy. Do powyżej przytoczonych słów doktor Radlińskiej mam szczególnie poważny stosunek. Autorka pisze o sobie, że ma 94 lata i „teraz szykuje się na własną śmierć, która niechybnie nadejdzie”. Jest córką prof. Zygmunta Radlińskiego, który w latach 1936–1941 był kierownikiem kliniki, w której przepracowałem całe swoje życie zawodowe i którego wiele mi mówiący portret wisi dokładnie naprzeciwko mnie, gdy siedzę na sali odpraw. Pisz też o sobie, że była lekarzem – była, bo przestała praktykować, nie mogąc psychicznie przywyknąć do obcowania z cierpieniem ciężko chorych, szczególnie umierających. Znam tę postawę życiową, znam bowiem kilka osób, które dokonały podobnego przewartościowania. Oddalają one od siebie świat cierpień, bo przeszkadza im to w rozwoju duchowym w innych, bardziej dla nich ważnych wymiarach. Osoby te widzą świat wartości moralnych szczególnie ostro.

Starożytne i klasyczne pojęcie eutanazji przylgnęło obecnie do jakichś mrocznych, niemalże kryminalnych zakamarków zdehumanizowanej medycyny. Kojarzy się nam ono ze zdegenerowanymi systemami prawnymi, które wypadły z ukształtowanego przez wieki europejskiego nurtu cywilizacyjnego i, o zgrozo, z niezrozumiałych powodów zyskały do współpracy zagubionych moralnie lekarzy. I pozostałbym pewnie z tym pomieszanem uczuciem zachwyty dla szczególnie rzadkiego moralitetu i załopotania po apelu końcowym listu, utwierdzając

“

Języki te bywają
miejscami
bardzo trudno
przetłumaczalne.
Istna wieża Babel.

się w przekonaniu, że materia jest trudna (tylko dla zawodowych filozofów), a pomieszanie pojęć i znaczeń wielkie. W dalszym ciągu oddawałbym się lekturze kolejnych medialnych doniesień o moralnym upadku medycyny, niezrozumiałych ciągach niektórych lekarzy i o tym, jak państwo, jego system prawny, aparaty ścigania i wymiaru sprawiedliwości oraz aparat urzędniczy mają chronić obywateli przed tymi zagrożeniami, gdyby nie to, że... w kilka dni po lekturze przytaczanego listu zobaczyłem w telewizji pewnego profesora medycyny, który zapytany przez dziennikarzy o jeden z przypadków zaniechania tzw. terapii daremnej, przybrał bardzo groźną minę, charakterystyczną dla najwyższych autorytetów moralnych, i zawyrokował jednym zdaniem: „to było morderstwo!”. Morderstwo, czyli według doktryny prawa karnego szczególny rodzaj zabójstwa – z planowaniem i wyrachowaniem.

I nagle zrozumiałem, że w tzw. przestrzeni publicznej o takich pojęciach jak: ortotanazja, eutanazja, terapia uporczywa, terapia daremna, śmierć mózgową, śmierć pnia mózgu, stan wegetatywny, legalna dopuszczalność i moralna godziwość orzekania o śmierci osobniczej na podstawie stwierdzenia śmierci mózgowej oraz o szeregu innych pojęć i zjawisk związanych z umiarem mówimy różnymi językami. Jest język medycyny o końcu życia biologicznego, wywodzący się z nauk podstawowych i klinicznych, a w szczególności z neurofizjologii umierania centralnego układu nerwowego. Jest język regulacji prawnych wywodzący się z doktryn prawnych, oddzielających to, co legalne, od tego, co nielegalne. Jest również język filozofii, w tym wypadku etyki. Etyki ogólnej, etyki lekarskiej i na końcu – deontologii lekarskiej. Idealistycznie zorientowany komentator moich obserwacji zaraz powie, że język medycyny i język filozofii w najmniejszym stopniu nie powinny oddalać się od siebie. Otwartym pytaniem jest to,

czy etyka ma szukać możliwości ewolucji swoich norm do rozwijającej się medycyny, czy raczej medycyna powinna dostosowywać swoje praktyczne zastosowania do jakichś przedwiecznych, czyli – w przekonaniu wielu – zobiektywizowanych norm. Gdy już założymy ten idealistyczny konsensus, kolejnym krokiem będzie postulat, aby prawo odzwierciedlało normę etyczną, tę wcześniej uzgodnioną z porządkiem przyrodniczym. Tak jednak nie jest. Języki te bywają miejscami bardzo trudno przetłumaczalne. Istna wieża Babel. Typowym tego przykładem jest właśnie pojęcie eutanazji. Wielokrotnie natrafiałem na przykłady debat, w których jedna strona stawiała problem i zadawała pytania w jednym języku, a inna odpowiadała na ten problem i pytania w innym. Komplikacją jednak podstawową jest to, że głównymi językami komunikacji społecznej są nie te trzy wcześniej wymienione, lecz wtórne do nich i pochodne jeszcze dwa inne: język mediów i język polityki, które służą spełnieniu zupełnie innych zadań niż wcześniej omówione: poznanie i opisanie rzeczywistości, ocena moralna i uregulowanie praktyki społecznej. Języki mediów i polityki czerpią swobodnie, wybiórczo i bezkrytycznie argumenty z trzech wyjściowych języków naukowo i kulturowo zdyscyplinowanej refleksji, lecz służą innym celom: tworzeniu sensacji, podziałów społecznych, walce politycznej (coś mi mówi, że wspomniana wyżej diagnoza karna miała wymiar polityczny).

Jaki jest skutek tego pomieszania pojęć i ich znaczeń? Otóż eutanazja, pojęcie zaczerpnięte z głębokiej starożytności jako kategoria moralna („dobra śmierć” – jako droga czynienia dobra), została przypisana normie karnej, jako kwalifikowane zabójstwo, opisane i penalizowane w Kodeksie karnym. Łatwo więc wywieść, że postępowanie w imię dobra chorego, mające na celu nieprzedłużanie cierpień, może być kwalifikowane jako nieprzedłużanie życia, a więc czyn karalny. Podstawowy paradygmat filozofii, religii i medycyny, że życie ludzkie jest wartością nadrzędną, często przyjmuje formę „przedłużania życia” w heroicznej walce o przedłużenie pojedynczych, wybranych funkcji wegetatywnych.

Jakie jest więc wyjście z tego groźnego społecznie pomieszania pojęć? Nie ma prostych odpowiedzi, ale należy ich szukać, bo postęp medycyny jest tak gwałtowny, że rodzi nowe dylematy. Niedawno na jednej z konferencji usłyszałem stwierdzenie, które zgorszy niejednego, że etyka nie nadąza za rozwojem medycyny. Ktoś kiedyś powiedział, że zawód lekarza polega na rozpoznawaniu i leczeniu chorób oraz na rozstrzygnięciu dylematów moralnych. Aby rozpoznawać i leczyć, potrzeba wiedzy. Aby rozwiązywać dylematy moralne, potrzeba zdolności do sądenia moralnego i autorytetu moralnego. Takim kompetencjom i kwalifikacjom państwo powinno sprzyjać. Nie myślę tutaj o aparacie administracyjno-politycznym, tylko o warstwie oświecanej – ale zdaje się, że często idziemy w tym ciemniejszym kierunku. ■



Jakie jest więc wyjście z tego groźnego społecznie pomieszania pojęć? Nie ma prostych odpowiedzi, ale należy ich szukać, bo postęp medycyny jest tak gwałtowny, że rodzi nowe dylematy.

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Odpowiedzialność zawodowa

Wraz z wejściem w życie ustawy o izbach lekarskich w 1989 r. samorząd lekarski przejął od administracji państwowej czynności związane z odpowiedzialnością zawodową.

TEKST LUCYNA KRYSIAK, DZIENNIKARZ

To był milowy krok, jeśli chodzi o proces samooczyszczania się środowiska i budowania na tej podstawie jasnych i przejrzystych zasad etyki lekarskiej. Możliwość sprawowania nadzoru nad wykonywaniem zawodu lekarza przez samych lekarzy jako rzeczników odpowiedzialności zawodowej stała się przywilejem.

SKANDALICZNA USTAWA

18 lipca 1950 r. powołano ustawę o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia, co zbiegło się z inną ustawą – likwidującą izby lekarskie ustanowione przed wojną. A to w ich kompetencji leżało m.in. sądownictwo zawodowe oparte na zasadzie wybieralnych dwuinstancyjnych rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz dwuinstancyjnych sądów lekarskich. Zapis ten był jednak martwy, ponieważ system komunistyczny nigdy nie wprowadził go w życie, a likwidacja izb całkowicie zamknęła ten rozdział. Wprowadzona w zamian ustawa o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia rozciągała się na lekarzy dentyków, farmaceutów, felczyków, pielęgniarki, położne, techników

i techników dentystycznych, co było zgodne z wyznawaną wówczas zasadą równania do średniej.

Przy urzędach wojewódzkich powstały komisje kontroli zawodowej, w których zasiadali przedstawiciele różnych zawodów, niemający żadnych kwalifikacji, by oceniać przypadki błędów czy uchybień lekarskich. Zadecydowano więc, że w skład każdego zespołu orzekającego w danej sprawie będzie wchodził przynajmniej jeden przedstawiciel zawodu, z którego jest obwiniony. Aby jakoś zatuzszować błędy wynikające z tej ustawy, głównie brak rzeczników odpowiedzialności zawodowej, wymyślono rzeczników dobra służby zdrowia. Prof. Tadeusz Koszarowski, twórca polskiej chirurgii onkologicznej, na jednym z posiedzeń Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w 1951 r. tak to skomentował: „Po likwidacji izb lekarskich na to puste miejsce miała powstać zbiorowość »medycznych robotników«, sztuczna i różnorodna, beztwarzowa masa doraźnie powiązanych lub odmiennych grup zawodowych bez miejsca na tradycyjny i specyficzny etos stanu lekarskiego”¹. Aby jakoś wyjść z twarzą z tej patowej sytuacji, w 1952 r. przy Ministrze Zdrowia

15.01.1990

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, prof. Stanisław Leszczyński, zorganizował spotkanie zastępców NROZ z udziałem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, rzeczników dobra służby zdrowia, Naczelnego Rzecznika Izby Adwokackiej, naukowców i praktyków prawa karnego.

powstały Komórka Skarg i Komisja Orzekająca, którym przekazano sprawy zażaleń pacjentów i ich rodzin. Po weryfikacji zarzuty dotyczące zdrowia były kierowane do Komisji Orzekającej złożonej z wybitnych lekarzy specjalistów. Resort zdrowia stworzył w ten sposób sztuczny twór, jakim był administracyjny odpowiednik rzecznika odpowiedzialności zawodowej i sądu lekarskiego.

PRZEJŚCIE BYŁO TRUDNE

15 stycznia 1990 r. – tuż po wprowadzeniu ustawy o izbach lekarskich – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, radiolog, prof. Stanisław Leszczyński, którego wybrano na to stanowisko podczas I Krajowego Zjazdu Lekarzy, zorganizował spotkanie zastępców NROZ z udziałem ówczesnego Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, rzeczników dobra służby zdrowia, Naczelnego Rzecznika Izby Adwokackiej, naukowców i praktyków prawa karnego. To było wydarzenie historyczne, ponieważ doszło wówczas do przekazania dokumentów i instrukcji, które stanowiły podstawy prawne i etyczne działalności na rzecz rozstrzygania spraw związanych z odpowiedzialnością zawodową lekarzy.

– Te początki były bardzo trudne. Wprawdzie weszła ustawa o izbach lekarskich, na mocy której przejmowaliśmy od administracji państwowej odpowiedzialność zawodową, rzecznicy nie mogli jednak odwoływać się do aktu prawnego regulującego ich działalność, ponieważ

MZiOŚ nie wydało odpowiednich rozporządzeń do ustawy – wspomina prof. Krystyna Rowecka-Trzebicka, współtworząca wówczas nową strukturę NROZ, obok pediatry doktor Barbary Cabalskiej i psychiatry prof. Stanisława Pużyńskiego, zastępcę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Krystyna Rowecka-Trzebicka dodaje, że wprawdzie świeżo napływające wnioski nie mogły być rozstrzygane, zdołano przejąć sprawy rzeczników dobrej zdrowia, określić rolę oraz zadania NROZ, ustalić relacje między nim a rzecznikami okręgowymi.

Ton tym działaniom nadawał prof. Leszczyński, który wiedział, że budowanie struktur rzecznictwa bez prawników będzie niemożliwe, namówił więc do współpracy najlepszych z najlepszych w tamtych czasach: prof. Arnolda Gubińskiego, prof. Andrzeja Murzynowskiego, później dr. Janusza Kochanowskiego. W ten sposób przez dwie kadencje sprawowania swojej funkcji zbudował strukturę opartą na rzetelnych podstawach prawnych i etycznych.

Prof. Krystyna Rowecka-Trzebicka, NROZ w III kadencji, twierdzi, że nie było łatwo przejąć pałeczkę po kimś tak charyzmatycznym. Była pierwszą kobietą lekarzem zasiadającą w najwyższych władzach samorządu lekarskiego w Polsce i – jak zaznacza – do niej i jej zastępców

“

Nie da się pracy rzeczników odpowiedzialności zawodowej oddzielić od pracy okręgowych sądów lekarskich i Naczelnego Sądu Lekarskiego.

należała kontynuacja rozpoczętych działań i umacnianie pozycji rzecznika. – Żadna sprawa, która trafia do rzecznika odpowiedzialności zawodowej, nie jest czarna albo biała i trzeba ją rozsądzić tak, aby nikt nie skrzywdzić – mówi moja rozmówczyni, podkreślając nieprawdopodobną rolę zastępców rzeczników, którzy na swoich barkach dźwigają ciężar całej maszyny administracyjnej urzędu rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Dominowały wówczas sprawy z zakresu położnictwa i chirurgii. Każda była wstępnie weryfikowana na posiedzeniu kolegów NROZ i kierowana do zastępców specjalizujących się w dziedzinie, której dotyczyła.

CZAS OKRZEPNĄĆ

Prof. Zbigniew Czernicki, neurochirurg, funkcję NROZ sprawował

Uroczystość nadania imienia prof. Stanisława Leszczyńskiego jednej z sal konferencyjnych w siedzibie NIL.

w latach 2001-2005 (IV kadencja). Jego działalność przypadła na okres, kiedy Polskę wstrząsnęła tzw. afera skór w łódzkim pogotowiu. – Urząd NROZ działał już wtedy stabilnie i rutynowo, ale dostać na starcie pełnienia swojej funkcji taką sprawę, to mocne doświadczenie – zaznacza prof. Zbigniew Czernicki i dodaje, że nigdy później nie zdarzyło mu się spotkać z taką agresją mediów.

Uważa, że to spotęgowało dążenie do ujednolicenia kar. Chodziło o to, aby lekarz niezależnie od tego, czy pochodzi ze Szczecina czy Białegostoku, za podobne uchybienie podlegał takiej samej karze. – To nie jest proste, ponieważ wymierzanie kar leży w gestii sądu, ale dostrzegliśmy problem, dlatego organizowaliśmy szereg szkoleń z udziałem wybitnych prawników, m.in. prof. Andrzeja Zolla, prof. Eleonory Zielińskiej, prof. Leszka Kubickiego, prof. Mariana Filara – tłumaczy Zbigniew Czernicki i zaznacza, że rzecznicy wciąż czuli się amatorami w kwestiach prawnych, stąd nacisk na zacieśnianie tego rodzaju kontaktów.

W poszukiwaniu nowych rozwiązań miało także pomóc nawiązanie kontaktów z działaczami Niemieckiej Izby Lekarskiej. Szukano sposobu, jak odnieść się do przewinień polskich lekarzy pracujących za granicą, co do tej pory nie zostało uregulowane. Coraz bardziej zdawano sobie sprawę, że ustawa o izbach lekarskich wymaga zmian, także w zakresie odpowiedzialności zawodowej. Przyniosła je nowelizacja z 2 grudnia 2009 r., która np. wprowadziła zasadę, że obwiniony i skarżący byli stronami w rozumieniu prawa karnego, a tym samym mieli równy dostęp do akt spraw, które nie rozstrzygały się już przy drzwiach zamkniętych. Ta jawność miała się przyczynić do oczyszczenia środowiska i poprawy wizerunku lekarza w społeczeństwie.

Wtedy Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej była Jolanta Orłowska-Heitzman. Swoją funkcję sprawowała przez V i VI kadencję (2006-2014). Mówi, że obejmując ją, zdawała sobie sprawę,



FOTO: KATARZYNA STRZAŁKOWSKA

jak wiele zdziałali jej poprzednicy i z tych dobrych wzorców można było czerpać, wymieniając choćby cyklicznie organizowane kolegia przy NROZ. – Przejmowaliśmy z okręgowych izb najtrudniejsze sprawy i w tym wypadku dzielenie się opiniami było nieocenione – podkreśla Jolanta Orłowska-Heitzman. Dodaje, że w sprawach skomplikowanych, dotyczących kilku izb okręgowych, zawsze powinien się angażować NROZ, choć zdania na ten temat są podzielone. Uważa, że przejście od administracji państwowej odpowiedzialności zawodowej było kluczowe, jeśli chodzi o proces samooczyszczania środowiska. – Zły jest ptak, który własne gniazdo kala, ale jeszcze gorszy ten, który go nie sprząta, dlatego tylko lekarz może oceniać lekarza, ponieważ ma wiedzę specjalną, której nie posiada żaden urzędnik czy przedstawiciel innego zawodu – konkluduje Jolanta Orłowska-Heitzman.

Dr Grzegorz Wrona, NROZ w VII i obecnej, VIII kadencji, nawiązując do przeszłości, wspomina sądy koleżeńskie, które oceniały pracę kolegów lekarzy. – To była ocena bardziej emocjonalna, a mniej proceduralna. Te dwa podejścia dzieli przepaść. Dziś lekarze, szczególnie starszego pokolenia, mówią, że zanikł lekarski duch w ocenie ogólnej postawy na rzecz szczegółów. Ta administracyjność dotyczy też rzeczników – tłumaczy Grzegorz Wrona i dodaje, że ci mają coraz więcej pracy biurowej. Uważa, że wszystko, co wiąże się z odpowiedzialnością

zawodową lekarzy, ewoluuje zarówno w zakresie jawności i przejrzystości postępowań, jak i podejścia do tematu. – Skarżący i oskarżani stali się dla nas partnerami ze swoimi prawami, których są coraz bardziej świadomi, np. prawem do składania wniosków – tłumaczy, przekonując, że to ogromny postęp, ale wymaga dogłębnej analizy wielu dokumentów, dlatego tak pożądana do pracy jako rzecznicy są lekarze aktywni zawodowo, gdyż ich ocena sytuacji ma odniesienie do rzeczywistości.

Od początku powołania NROZ zadawane jest pytanie, czy spełnia on oczekiwania. – I tak, i nie, wśród skarżących wciąż panuje przekonanie, że wrona wronie oka nie wykluje, ale w moim przekonaniu wciąż wzrasta rzetelność i przejrzystość prowadzonych spraw, co składa się na sprawiedliwy wynik końcowy i poprawę wizerunku lekarza na zewnątrz – konkluduje Grzegorz Wrona.

PRACUJĄ W CIENIU

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej ma swoich zastępców, i od początku byli oni filarem tego urzędu. Mówi się o nich „ludzie od czarnej roboty”, bo to oni przekopują tony akt, przygotowują różnego rodzaju opinie i pisma. To od nich zależy decyzja o oddaleniu sprawy lub wszczęciu postępowania. Ich liczbę w określonych kadencjach ustala krajowy zjazd lekarzy, ale na wniosek okręgowych izb lekarskich. To one mają rozeznanie, ile zastępców potrzeba, by uporać się z napływającymi skargami.

Działają na rzecz i z upoważnienia NROZ, co określa ich rangę, choć pracują w cieniu.

Chirurg dziecięcy Wanda Wenglarzy-Kowalczyk jest zastępcą NROZ od chwili reaktywowania samorządu lekarskiego. – Odnosząc się do tych początków, muszę stwierdzić, że to była zupełnie inna działalność, przede wszystkim obowiązywała inna ustawa, wraz z jej nowelizacją wszystko, co jest związane z odpowiedzialnością zawodową, dzieje się w izbach okręgowych, NROZ i jego zastępcy stanowią wyższą instancję – opowiada Wanda Wenglarzy-Kowalczyk i wspomina, jak na początku przez co najmniej trzy kadencje trzeba było korzystać z pomocy sędziów zawodowych, którzy uczyli rzeczników poruszania się w przepisach prawa. Zaznacza, że nie da się pracy rzeczników odpowiedzialności zawodowej oddzielić od pracy okręgowych sądów lekarskich i Naczelnego Sądu Lekarskiego, ale to jest odrębny temat. W jej opinii wiele spraw nie powinno trafić na biurko rzecznika, gdyż są one wynikiem niewłaściwych relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, często wynikających z braku empatii, ale też braku czasu, który lekarz zamiast pacjentowi poświęca na wypełnianie stosów dokumentów. Zwraca też uwagę na brak pokory wśród lekarzy, którzy nie mają nawyku konsultowania się ze starszymi, bardziej doświadczonymi kolegami, co kiedyś należało do dobrego zwyczaju. ■

¹źródło: „Kronika Izb Lekarskich w Polsce w latach 1945-2005”, opr. Zygmunt Wiśniewski

FAKT

Wszystko, co wiąże się z odpowiedzialnością zawodową lekarzy, ewoluuje zarówno w zakresie jawności i przejrzystości postępowań, jak i podejścia do tematu.

„Ludzie szlachetni odchodzą otoczeni wdzięczną pamięcią żywych”

Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy naszego Kolegę

Sp.

dra Aleksandra Kotlickiego

wieloletniego działacza samorządu lekarskiego,

Wiceprzewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego II i III kadencji, wspaniałego i serdecznego Człowieka.

Rodzinie i Bliskim Zmarłego wyrazy głębokiego współczucia składają

Przewodniczący dr Jacek Miarka
oraz Zespół Naczelnej Rady Lekarskiej

Prof. Andrzej Matyja
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

„Ludzie szlachetni odchodzą otoczeni wdzięczną pamięcią żywych”

Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy naszą Koleżankę

Sp.

dr Mariannę Kawę-Kiesner

działaczkę samorządu lekarskiego od momentu reaktywacji izb lekarskich pełniącą funkcję Członka Naczelnego Sądu Lekarskiego od I do V kadencji, wspaniałego, serdecznego i pełnego dobroci Człowieka.

Rodzinie i Bliskim Zmarłego wyrazy głębokiego współczucia składają

Przewodniczący dr Jacek Miarka
oraz Zespół Naczelnej Rady Lekarskiej

Prof. Andrzej Matyja
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Apel o rozwiązanie problemów psychiatrii

Prezydium ORL w Gdańsku alarmuje o kryzysowej sytuacji w opiece psychiatrycznej dorosłych i dzieci w województwie pomorskim. W apelu podjętym 18 lipca podkreśla, że zła sytuacja psychiatrii to efekt niedostatecznego finansowania świadczeń medycznych w ramach środków publicznych.

„Na skutek fatalnie niskiego poziomu finansowania likwidowane są kolejne oddziały szpitalne i poradnie. Czas oczekiwania na



pilnych prac nad rozwiązaniem problemów psychiatrii. Jednocześnie ostrzegają przed wprowadzeniem pojawiających się w przestrzeni publicznej pomysłów poprawy sytuacji poprzez kierowanie pacjentów z poważnymi nagłymi problemami zdrowia psychicznego na szpitalne oddziały ratunkowe. „Wprowadzenie takiego rozwiązania na pewno doprowadzi do załamania możliwości pracy oddziałów ratunkowych i powstania niewyobrażalnego zagrożenia zdrowotnego społeczności Trójmiasta” – czytamy w dokumencie. ■



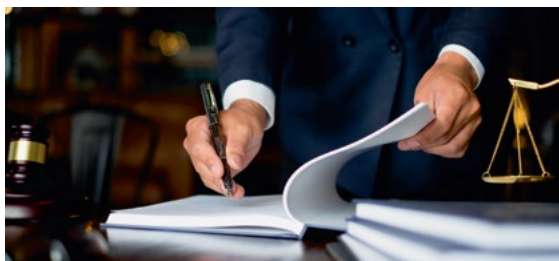
gazetalekarska.pl

“

Na skutek fatalnie niskiego poziomu finansowania likwidowane są kolejne oddziały szpitalne i poradnie.

przyjęcie przez specjalistów w leczeniu ambulatoryjnym dochodzi do kilku miesięcy” – piszą autorzy apelu i wzywają władze państwowe i woj. pomorskiego do podjęcia

Izbowa pomoc prawna



OIL

w Rzeszowie informuje, że lekarze będący członkami tej izby mogą uzyskać nieodpłatną poradę prawną.

Wystarczy wysłać pytanie mailem, na adres: j.paskiewicz@hipokrates.org. Odpowiedzi udziela dr Joanna Paśkiewicz, prawnik, która odpowie w terminie do dwóch dni roboczych od otrzymania pytania i po pozytywnej weryfikacji członkostwa lekarza / lekarza dentystry przez OIL w Rzeszowie. Na pytania od lekarzy i lekarzy dentyistów z innych OIL nie będą udzielać odpowiedzi. ■

IV Spotkania Medyków z Historią

Dr

Jan Zygmunt Trusewicz, przewodniczący Ośrodka Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny, zaprasza na kolejną, już czwartą edycję „Spotkań Medyków z Historią”, które odbędą się w dniach 18-19 października.

Tematem przewodnim tegorocznej konferencji są „Początki rozwoju specjalizacji lekarskich na Warmii i Mazurach po II wojnie światowej”. – Chcemy przywołać pamięć, uhonorować lekarzy – pionierów rozwijających

nowe specjalizacje i ukazać historie rozwoju poszczególnych dziedzin medycyny na tych terenach. Zapraszamy koleżanki i kolegów do udziału w konferencji – informuje dr Jan Zygmunt Trusewicz. Organizator prosi też o poinformowanie o tym wydarzeniu i zainteresowanie nim wszystkich, którym bliska jest historia medycyny regionu. Szczegółowe informacje na temat konferencji znajdują się na stronie internetowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Stażyści, doceńcie Mentorów!

Zbliża się kolejna edycja konkursu OIL w Warszawie o tytuł „Mentora”. Jest on przyznawany lekarzom i lekarzom denty stom, członkom warszawskiej izby, za wybitne zasługi w organizowaniu i prowadzeniu stażu podyplomowego, w tym za życzliwe podejście do młodych lekarzy i lekarzy denty stów odbywających szkolenie.

To nagroda dla tych, którzy bezinteresownie i z ogromnym zaangażowaniem dzielą się swoją wiedzą i pasją ze stażystami, a także przekazują im wartości zawarte w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Konkurs powstał z inicjatywy Komisji Młodych Lekarzy OIL w Warszawie.



Zgłoszenia może dokonać każdy członek OIL w Warszawie będący w trakcie odbywania stażu podyplomowego. Wnioski należy składać do 30 września (online, poprzez stronę internetową izby). Dodatkowych informacji udziela Marcelina Matuszewska (e-mail: m.matuszewska@oilwaw.org.pl, tel.: 22 54 28 380).



Dr Piotr Hubert podczas gali wręczenia nagród

Nagroda prezydenta Torunia dla lekarza samorządowca

Poraz 24. przyznano Nagrody Prezydenta Miasta Torunia. W kategorii „ochrona zdrowia” uhonorowano dra Piotra Huberta, specjalistę chirurgii ogólnej, wieloletniego pracownika Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Mikołaja Kopernika w Toruniu. Dr Piotr Hubert to także jeden z twórców i wieloletni członek odrodzonego samorządu le-

karskiego, obecnie sekretarz ORL Kujańsko-Pomorskiej OIL w Toruniu.

Nagroda przyznawana jest osobom, które w sposób szczególnie swoją codzienną pracą, aktywnością i zaangażowaniem służą Toruniowi i jego mieszkańcom lub promują to miasto w kraju i poza jego granicami. W tym roku wyłoniono laureatów w 13 kategoriach. ■

Doktorat a ustawa 2.0

Jak zrobić doktorat w obliczu tzw. ustawy 2.0? Na to pytanie będzie można uzyskać odpowiedź, uczestnicząc w szkoleniu, na które zaprasza Komisja ds. Kształcenia Podyplomowego ORL w Szczecinie. Spotkanie zaplanowano na 2 października w siedzibie szczecińskiej izby. Kurs jest bezpłatny dla członków OIL w Szczecinie, za udział przysługują punkty edukacyjne. Zgłoszenia należy przysyłać w formie elektronicznego formularza, dostępnego na stronie internetowej izby. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Spotkanie stomatologów w Rytrze



W dniach 25-27 października odbędzie się „Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Lekarzy Dentystów Rytyro Jesień 2019”. Organizatorem wydarzenia jest Komisja Stomatologiczna ORL w Krakowie, Związek Lekarzy Dentystów Pracowników Ochrony Zdrowia oraz Polskie Towarzystwo Stomatologiczne o/ Kraków. Patronat nad konferencją objął prezes ORL w Krakowie Robert Stępień.

W programie m.in. nowe wytyczne bezpiecznej profilaktyki fluorkowej, algorytmy postępowania w urazach u dzieci, zastosowanie włókien syntetycznych w stomatologii odtwórczej oraz stabilizacji pourazowej, współczesne możliwości leczenia urazów twarzy i złamań części twarzowej czaszki, powikłania martwicy twarzoczaszki w przebiegu leczenia bifosfonianami, a także bieżące aspekty prawne wykonywania zawodu lekarza dentysty i odpowiedzialność zawodowa lekarza dentysty. Podczas spotkania zostanie wręczony odznaczenie im. dr. Andrzeja Janusza Fortuny. Szczegółowe informacje: www.oilkrakstom.pl. ■

Szkolenia i kurs jęz. angielskiego

W Śląskiej Izbie Lekarskiej od września do grudnia niemal każdego dnia będą odbywać się kursy doskonalące i specjalizacyjne dla lekarzy oraz konferencje naukowe.

W tym roku, w ramach umowy z CMKP w Warszawie, w ŚIL organizowanych jest kilkadziesiąt szkoleń specjalizacyjnych dla różnych specjalizacji. Można tu także odbyć jednolite kursy specjalizacyjne obowiązkowe dla wszystkich lekarzy. ŚIL realizuje unijny projekt w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, co wiąże się z wieloma udogodnieniami, m.in. dofinansowaniem kosztów podróży, noclegów i zapewnieniem wyżywienia. Stałą ofertą dla lekarzy i lekarzy dentystów zrzeszonych w tej izbie stanowią kursy języka angielskiego, prowadzone na różnych poziomach zaawansowania według obowiązującego w Unii europejskiego systemu kształcenia językowego. Na kursy trwające od października br. do czerwca 2020 r. można zapisywać się poprzez stronę internetową izby. ■

Ocenili staż

Po raz kolejny lekarze Wielkopolskiej Izby Lekarskiej ocenili swój staż. Udało się zebrać prawie dwa razy więcej ankiet niż w ubiegłym roku, po raz pierwszy wypełniali je także lekarze dentyści. Co pokazało badanie? 73 proc. młodych lekarzy wybierze specjalizację na podstawie doświadczeń zebranych w trakcie stażu, a 11 proc. planuje wyjazd za granicę – tak wynika z ankiet zebranych przez WIL, wypełnionych przez lekarzy, którzy w ubiegłym roku ukończyli staż. ■

Aplikacja w telefonie lekarza

W ielkopolska Izba Lekarska uruchomiła aplikację WIL, a w niej możliwości m.in.: zapisania się na szkolenie, pobrania dokumentów i wniosków, korzystania z programu prawnego, odczytywania aktualności, opłacenia składki, logowania do ZUS, pobierania decyzji GIF, ustawienia powiadomień i wiele innych. ■



Kod QR dla systemu iOS



Kod QR dla systemu Android

Samochody zabytkowe

Jerzy Kękuś, anestezjolog z Krakowa, wraz z Mistrzem Polski Pilotów Rafałem Chromowskim wygrał tegoroczne Mistrzostwo Polski Pojazdów Zabytkowych PZM, które odbywały się w dniach 22-25 sierpnia w Częstochowie.

Załoga startowała w klasie post 1970 samochodem z roku 1971, JAGUAR E-type v12, 5.3 l, 280 KM, osiągającym



prędkość maksymalną 245 km/h.

To już trzeci tytuł mistrzowski doktora Jerzego, osiągnięty tym samym samochodem. ■

MINISTROWIE ZDROWIA III RP

1989

Czerwiec: pierwsze częściowo wolne wybory parlamentarne w Polsce po II wojnie światowej, miażdżące zwycięstwo opozycji antykomunistycznej. Wrzesień: w rządzie Tadeusza Mazowieckiego ministrem zdrowia i opieki społecznej został **ANDRZEJ KOSINIAK-KAMYSZ**.

1991

Styczeń: powstał rząd Jana Krzysztofa Bieleckiego, **WŁADYSŁAW SIDOROWICZ** ministrem zdrowia i opieki społecznej. Grudzień: po objęciu urzędu prezesa Rady Ministrów przez Jana Olszewskiego, szefem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej został **MARIAN MIŚKIEWICZ**. W lipcu 1992 r. powołano gabinet Hanny Suchockiej, na czele tego resortu stanął **ANDRZEJ WOJTYŁA**.

1993

Ministrem zdrowia i opieki społecznej w rządach Waldemara Pawlaka, Józefa Oleksego i Włodzimierza Cimoszewicza był **RYSZARD ŻOCHOWSKI**.

1997

W rządzie Jerzego Buzka na czele resortu odpowiedzialnego za ochronę zdrowia stali: **WOJCIECH MAKSYMOWICZ**, **FRANCISZKA CEGIELSKA** i **GRZEGORZ OPALA**. We wrześniu 1999 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej przekształcono w Ministerstwo Zdrowia.

2001

W rządzie Leszka Millera ministrami zdrowia byli: **MARIUSZ ŁAPIŃSKI**, **MAREK BALICKI** i **LESZEK SIKORSKI**. Od maja 2004 r. do października 2005 r. na czele dwóch rządów stał Marek Belka, a urząd ministra zdrowia sprawowali: **WOJCIECH RUDNICKI**, **MARIAN CZAKAŃSKI** i **MAREK BALICKI**.

2005

W gabinecie Kazimierza Marcinkiewicza, jak i Jarosława Kaczyńskiego, szefem resortu zdrowia był **ZBIGNIEW RELIGA**.

2007

W pierwszym rządzie Donalda Tuska tekę ministra zdrowia objęła **EWA KOPACZ**.

2011

Ministrem zdrowia został **BARTOSZ ARŁUKOWICZ**, funkcję pełnił w drugim rządzie Donalda Tuska oraz w gabinecie Ewy Kopacz. Krótco przed końcem kadencji szefem resortu został **MARIAN ZEMBALA**.

2015

W gabinetach Beaty Szydło i Mateusza Morawieckiego ministrem zdrowia był **KONSTANTY RADZIWIŁŁ**. W styczniu 2018 r. zastąpił go **ŁUKASZ SZUMOWSKI**.

2019

Najbliższe wybory parlamentarne odbędą się 13 października. Spotkajmy się przy urnach wyborczych!



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Komu władzę?

W tegorocznej kampanii wyborczej karty rozdają dwie partie, które od 14 lat, na zmianę, rządzą naszym krajem. Co obiecują? Czy lekarzy i pacjentów czeka coś nowego?

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Na początek zagadka. Cytat nr 1: „Obecna kondycja polskiej służby zdrowia jest fatalna. [Poprzednie rządy] doprowadziły do jej finansowej zapaści, ale także do całkowitej destrukcji systemu opieki zdrowotnej”. Cytat nr 2: „Leczenie nie będzie luksusem. Zdrowie to dla nas priorytet. Mamy gotowe rozwiązania, które dosłownie ratują zdrowie Polakom”. Kto częściej wyborców takimi hasłami? Prawo i Sprawiedliwość czy Koalicja Obywatelska? Jestem pewien, że wielu z Państwa tego nie odgadnie (odpowiedź na końcu artykułu).

Patrzac na to, jak obecnie wygląda scena polityczna w Polsce, biorąc pod uwagę różne, naprawdę bardzo różne okoliczności (nie tylko sondaże, które rzadko odzwierciedlają wynik wyborów), wydaje się, że jesienne wybory zdominują dwa obozy. Jeden skupiony wokół PiS, drugi organizowany przez PO. Nie każdy pamięta, że obie partie sporo łączy: powstały w tym samym roku na fali sprzeciwu wobec lewicy i początkowo ze sobą współpracowały. Nie brakowało wiele, by 14 lat temu stworzyły nawet wspólny rząd, ale historia potoczyła się inaczej. Zasadniczo oba ugrupowania zachowują ciągłość ideową, instytucjonalną i personalną, mimo że przez lata dochodziło do przetarasowań wśród

ich liderów (przez kilkanaście miesięcy szefem PO była lekarka Ewa Kopacz), gier obliczonych na zagarnięcie elektoratu innym ugrupowaniom i zmiany niektórych postulatów, także tych w zakresie ochrony zdrowia (np. PiS obiecywał likwidację NFZ). PiS ze swoimi sojusznikami, m.in. Solidarną Polską Zbigniewa Ziobry i Porozumieniem Jarosław Gowina, trzyma ster władzy od 4 lat, PO rządziła poprzednie 8 lat razem z Polskim Stronnictwem Ludowym, a przez jeszcze wcześniejsze dwa lata pierwsze skrzypce w krajowej polityce odgrywał PiS, współtworząc koalicję rządową z mniejszymi ugrupowaniami. Licząc od 2005 r.: PiS sprawowało władzę 6 lat, PO – 8. Tych 14 lat to szmat czasu, biorąc pod uwagę 30-letnią historię III RP i fakt, że pierwsze całkowicie wolne wybory parlamentarne po II wojnie światowej odbyły się w 1991 r.

13 października wybierzemy 460 posłów i 100 senatorów na kolejną kadencję. Analiza lat 2005-2019, w tym także spojrzenie na kształt polityki zdrowotnej w tym czasie, ma ogromne znaczenie dla każdego, kto zamierza oddać głos zwłaszcza na któryś z dwóch dominujących obozów politycznych w zbliżających się wyborach, bo zamiast wróżyć z fusów, można zerknąć na ich minione dokonania. Oczywiście na ich zaniechania też. I niespełnione obietnice, których nazbierało się niemało.

DWA OBOZY, 14 LAT HISTORII

Od wyborów parlamentarnych w 2005 r. mieliśmy 7 rządów, 6 osób zasiadało w fotelu szefa rządu, a urząd ministra zdrowia pełniło 6 osób: troje z ramienia PiS i jego politycznych sojuszników (Zbigniew Religa, Konstanty Radziwiłł, Łukasz Szumowski) i troje powołanych przez koalicję PO-PSL (Ewa Kopacz, Bartosz Arłukowicz, Marian Zembala). Wszyscy to lekarze. PiS dwukrotnie powierzał władztwo w gmachu przy ul. Miodowej osobom z tytułem profesora, PO raz – na 5 miesięcy. W kilku akapitach trudno o rzetelną analizę

19

tyle osób
kierowało resortem
zdrowia w III RP
(od 1989 r.).

6

liczba ministrów
zdrowia w ciągu 14
lat rządów PiS lub
PO (od 2005 r.).

Co z likwidacją NFZ?

Kilka lat temu w ochronie zdrowia planowano małą rewolucję, przynajmniej w zakresie instytucjonalnym. Do wyborów parlamentarnych w 2015 r. PiS szedł z postulatem likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia, co było deklarowane jednym tchem wraz z reformą sądów i prokuratury, przywróceniem niższego wieku emerytalnego i likwidacją gimnazjów. Przez kilkanaście miesięcy kres działalności NFZ zapowiadał minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, miało to nastąpić 1 stycznia 2018 r. Prezes PiS jednoznacznie wypowiedział się w tej kwestii dokładnie pół roku przed tą datą. – To sprawa na następną kadencję – powiedział Jarosław Kaczyński podczas konwencji Zjednoczonej Prawicy niemal dokładnie dwa lata temu. Temat ucichł, ale czy w razie ewentualnej wygranej PiS lwia część kompetencji NFZ trafi, tak jak wcześniej zapowiadano, do Wojewódzkich Urzędów Zdrowia? Tego nie wiadomo, ale wiele wskazuje na to, że o likwidacji Funduszu mówić się już nie będzie. Kiedy analizuje się wypowiedzi ministra Łukasza Szumowskiego, widać wyraźnie, że obóz PiS nie chce wyrzucić systemu ochrony zdrowia do góry nogami i raczej stawia na ewolucję. Szef resortu zdrowia mówił o tym m.in. kilka tygodni temu podczas konferencji kończącej cykl debat „Wspólnie dla zdrowia” oraz w lipcu, w czasie konwencji programowej PiS w Katowicach. – Z analiz i badań wynika, że Polacy nie chcą rewolucji w zdrowiu. Polacy chcą, żebyśmy naprawiali ten system sukcesywnie, dzień po dniu, miesiąc po miesiącu, rok po roku – tłumaczył.

tęgo, co się zdarzyło w ostatnich 14 latach w ochronie zdrowia. Próbuując rozliczyć choćby tylko obecną ekipę rządową, warto zerknąć do exposé obecnego szefa rządu i jego poprzedniczki, bo leczeniu i chorobom, a także środowisku lekarskiemu poświęcili nie tak mało miejsca. Obecność tych wątków wyróżnia rząd PiS, wydaje się, że na plus, bo wielu poprzednich premierów w ogóle nie

mówiło o ochronie zdrowia w czasie exposé. Z drugiej strony to tylko słowa, a polityków poznaje się po czynach. – Pacjent nie może być pozycją w bilansie, lekarz księgowym, a szpital przedsiębiorstwem. Służba zdrowia nie może być nastawiona na zysk. W pełni doceniam rolę lekarzy i jestem przekonana, że powinni być wysoko nagradzani – podkreślała premier Beata Szydło, wygłaszając exposé w listopadzie 2015 r. Od tamtego wystąpienia minęły prawie 4 lata. W tym czasie pensje części lekarzy wzrosły, ale czy większość środowiska lekarskiego jest zadowolona ze swoich zarobków? – Naprawimy system służby zdrowia – deklarował jej następca Mateusz Morawiecki w exposé wygłoszonym w grudniu 2017 r. Kwestie zdrowia miały stanowić „arcyważne zadanie” dla jego rządu. – Doprowadzimy do skokowego wzrostu do 6 proc. PKB w ciągu najbliższych kilku lat – powiedział premier Morawiecki, choć przez wiele wcześniejszych tygodni ustawą gwarantującą wzrost odsetka PKB do tego pułapu zajmował się rząd Beaty Szydło. Mateusz Morawiecki podkreślał też, że rząd ma skoncentrować się na profilaktyce i leczeniu dwóch głównych przyczyn zgonów w naszym kraju: nowotworów i chorób układu krążenia. Czy tak się stało?

ILE PKB NA ZDROWIE?

Od protestu głodowego rezydentów w 2017 r. w debacie publicznej na stałe zagościł postulat zwiększenia finansowania ochrony zdrowia do poziomu przynajmniej 6 proc. PKB (pierwotny postulat młodych lekarzy brzmiał: „6,8 proc. w trzy lata”). Za rządów PiS podjęto decyzję o wzroście publicznych nakładów na zdrowie do 6 proc. PKB, pada jednak pytanie, dlaczego nastąpi to dopiero w 2024 r.? Samorząd lekarski podkreśla, że to iluzoryczny wzrost z uwagi na sprytny, jak się wydaje, sposób obliczania poziomu nakładów na ochronę zdrowia zapisany w ustawie, w której nie ma mowy o korygowaniu wartości PKB w trakcie danego roku. Główna

partia opozycyjna, PO, krytykuje PiS za opieszałość w podnoszeniu nakładów na zdrowie. Sama jednak, będąc u władzy przez 8 lat, nie doprowadziła do zasadniczej zmiany w tym obszarze. Trzeba w tym miejscu przypomnieć, że po dymisji Donalda Tuska szefem rządu została lekarka, Ewa Kopacz, która wcześniej przez 4 lata kierowała resortem zdrowia, trudno więc ją podejrzewać o brak znajomości potrzeb finansowych w ochronie zdrowia. Czy jako osoba wysoko postawiona w strukturach partii rządzącej nie mogła przeforsować tego, co później zrobił PiS? Obecnie PO zapewnia, że wie, jak natychmiast zwiększyć poziom nakładów w systemie opieki zdrowotnej. Zdaniem senatora Tomasza Grodzkiego, „ministra zdrowia” w tzw. gabinecie cieni PO, trzeba po prostu przeznaczyć na ten cel wpływy z akcyzy za alkohol i tytoń (to ok. 30 mld zł). – Chcemy skrócić czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty do maksimum 21 dni, a oczekiwanie na SOR do najwyżej 60 minut – zapowiada przewodniczący PO Grzegorz Schetyna.



Zagadkowa nominacja

Wiele osób nie kryje zaskoczenia, że minister zdrowia w gabinetach Leszka Millera i Marka Belki, wieloletni poseł i senator, były wiceprzewodniczący Sejmu Województwa Mazowieckiego, a jednocześnie znany psychiatra Marek Balicki w samym środku wakacji został powołany na funkcję pełnomocnika do spraw reformy w psychiatrii w Ministerstwie Zdrowia. Bezpośrednio podlega on ministrowi Łukaszowi Szumowskiemu. Czy to przedwyborcza gra na pozyskanie części lewicowego elektoratu czy autentyczna chęć dokonania zmian w polskiej psychiatrii? Jak traktować tę nominację? Dwa najważniejsze zadania pełnomocnika to: inicjowanie i koordynowanie działań mających na celu reformę i rozwój opieki psychiatrycznej oraz koordynacja realizacji założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w zakresie reformy opieki psychiatrycznej.

SKASUJĄ RESORT ZDROWIA?

Chyba nie ma lekarza, któremu by nie doskwierała biurokracja i konieczność wypełniania rozmaitych dokumentów, druków i sprawozdań. W obecnej kampanii PO obiecuje zmniejszyć obciążenia biurokratyczne białego personelu o 80 proc. A czy w latach 2007-2015, kiedy PO wraz z PSL miały stabilną większość sejmową, papierologia znikała w takim tempie z gabinetów lekarskich? O ograniczeniu biurokracji mówią również inne ugrupowania opozycyjne. Patrząc na to, że w Konfederacji, której najbardziej rozpoznawalnym liderem jest Janusz Korwin-Mikke, wiele osób stanowią wolnościowcy szczerze przekonani, że deregulacja przynosi więcej korzyści niż strat, gdyby wcielić w życie ich postulaty, lekarze dość szybko mogliby przestać skarżyć się na biurokratyczną mitręgę.

Od kilku lat na czele PSL stoi lekarz Władysław Kosiniak-Kamysz. Jego partia proponuje stopniowe zwiększanie nakładów na system ochrony zdrowia do 9 proc. PKB, podkreślając, że pieniądze powinny pochodzić z przesunięcia środków ze składki rentowej, tak aby obciążenia podatników z tytułu składki zdrowotnej nie wzrosły. PSL sprzeciwia się przerzucaniu kosztów finansowania ochrony zdrowia na samorząd terytorialny, którego udział w kształtowaniu i koordynacji polityki zdrowotnej powinien być większy. Z list ludowców do parlamentu startuje m.in. Paweł Kukiz i skupione wokół niego środowisko. Kukiz wiele razy podkreślał, że poważna reforma ochrony zdrowia musi opierać się na ponadpartyjnym konsensusie, bo wymaga nie kilku, lecz kilkunastu lat konsekwentnych zmian, niezależnych od wyników wyborów.

ONKOLOGIA DOBRA NA WSZYSTKO

Kierowany przez Włodzimierza Czarzastego Sojusz Lewicy Demokratycznej opowiada się m.in. za stopniowym podnoszeniem składki na ubezpieczenie zdrowotne przy

jednoczesnym zwiększeniu zakresu i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Stworzona przez Roberta Biedronia Wiosna, która startuje razem z SLD, jako priorytet w kolejnej kadencji polskiego parlamentu wymienia powstanie Europejskiego Programu Walki z Rakiem. Miałby on objąć m.in. edukację zdrowotną prowadzoną od szkoły podstawowej, ujednolicenie dostępności badań profilaktycznych i fundusz gwarantujący zakup najnowocześniejszego sprzętu medycznego. Brzmi ciekawie, ale czy realnym jest obiecywanie przez raczkującą w polityce partię programu, który musiałoby opracować i wdrożyć łącznie 28 krajów Unii Europejskiej (27 po Brexicie)? Tym bardziej, że na mocy traktatów unijnych kwestie dotyczące ochrony zdrowia pozostają w gestii państw członkowskich. Więcej o tegorocznych postulatach dotyczących ochrony zdrowia najważniejszych komitetów wyborczych piszemy na str. 20-21.

Nie wszystkie ugrupowania z jednakową uwagą podchodzą do tych spraw, przez co zamiast próby stworzenia w miarę spójnej, dość całościowej wizji, mamy do czynienia raczej z pięknie brzmiącymi postulatami lub wręcz konkretnymi obietnicami bez pokrycia. Na ogół to chwytliwe slogany, a nie program polityczny ma przynieść uznanie wśród elektoratu. Nie jest to tylko nasza specyfika. Jak się spojrzy na scenę partyjną w innych krajach, nierzadko bywa tam podobnie, a politolodzy obserwują to zjawisko od dawna. Niewielu wyborców zadaje sobie trud i czyta przed wyborami program polityczny przynajmniej dwóch ugrupowań (inna rzecz, że nie wszystkie je mają). Wydaje się, że gdyby tak było, partie poświęcałyby znacznie więcej uwagi na przygotowanie poważnej oferty dla swoich wyborców, dotykającej tak ważnej sprawy jak zdrowie, a zamiast obiecywać to, co chcieliby zrobić, równie często tłumaczyliby, w jaki sposób chcą swoje pomysły zrealizować. Przy

Ponad rok dyskusji i...?

Debata „Wspólnie dla Zdrowia” została zainicjowana przez Łukasza Szumowskiego po objęciu przez niego teki ministra zdrowia. Przez ponad rok grupa ekspertów próbowała wytyczać krótko- i dalekosiężne kierunki zmian w ochronie zdrowia, a swoje propozycje mógł zgłaszać każdy obywatel zarówno w trakcie konferencji odbywających się w różnych częściach kraju, jak i drogą elektroniczną. – Ta debata to punkt wyjścia do utworzenia wieloletniego planu rozwoju systemu ochrony zdrowia opartego na porozumieniu różnych środowisk, sił politycznych i społecznych – zapewnia premier Mateusz Morawiecki. – Potrzebujemy spójnego systemu, który pogodzi potrzeby społeczeństwa z możliwościami finansowymi i gospodarczymi państwa – dodaje. Trudno powiedzieć, w jakim stopniu propozycje zawarte w końcowym dokumencie staną się podstawą długofalowej polityki zdrowotnej, nawet jeśli wygrałby PiS, a resortem zdrowia dalej kierowałby obecny minister. Czy w oparciu o ten dokument powstanie program zdrowotny PiS na kolejne lata? Czy Ministerstwo Zdrowia, niezależnie od tego, kto zasiądzie w najważniejszym gabinecie przy ul. Miodowej, na serio zacznie wdrażać przynajmniej niektóre pomysły dyskutowane przez ostatnie kilkanaście miesięcy?

takim podejściu wydatki na zdrowie na poziomie 6 proc. PKB mielibyśmy już teraz. A teraz czas na rozwiązanie zagadki z początku artykułu. Cytat nr 1 pochodzi z programu PiS sprzed kilku lat, a cytat nr 2 z broszury wydanej na Forum Programowe Koalicji Obywatelskiej, zdominowanej przez PO, które odbyło się kilka tygodni temu. Przeczytajcie Państwo raz jeszcze te cytaty, zadając sobie pytanie, czy do obu formacji nie pasuje czasem znane powiedzenie: „punkt widzenia zależy od punktu siedzenia”? ■

Co obiecują politycy?

Sejm jest najwyższym organem władzy ustawodawczej w Polsce. Co proponuje pięć komitetów wyborczych, które – jak się wydaje – mają największe szanse na wprowadzenie na Wiejską swoich kandydatów?



KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ

Z list PiS, podobnie jak w poprzednich wyborach do parlamentu, startują przedstawiciele takich partii jak Solidarna Polska czy Porozumienie. Przez kilka tygodni próbowałem uzyskać oficjalną odpowiedź biura prasowego PiS na pytania dotyczące wybranych kwestii związanych z ochroną zdrowia. Chciałem m.in. dowiedzieć się, jaką rolę dla samorządu lekarskiego widzi to ugrupowanie w nadchodzących 4 latach, jakie powinny być najważniejsze źródła finansowania systemu ochrony zdrowia i jaka powinna być rola prywatnego sektora ochrony zdrowia. Nie otrzymałem odpowiedzi. Podczas lipcowej konwencji PiS premier Mateusz Morawiecki obiecał, że w razie wygranej jego partia skoncentruje się na 5 obszarach. Na pierwszym miejscu wymienił służbę zdrowia. – Środki na zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia i inne projekty będziemy w stanie pozyskać. Tego słowa nie złamięmy. To jest nasza obietnica, która rodzi się na tej konwencji – powiedział premier, dodając, że za kilka lat na ten cel ma trafić 160 mld zł w ciągu jednego roku (zgodnie z zapowiedziami sprzed kilku miesięcy w tym roku ma być 100 mld zł). Trzeba jednak podkreślić, że ogłoszona kilka miesięcy temu „nowa piątka PiS”, czyli tzw. piątka Kaczyńskiego, nie zawiera postulatów zdrowotnych. Na tej samej konwencji minister zdrowia Łukasz Szumowski, omawiając najważniejsze zadania do realizacji na następną kadencję, podkreślał: – Po pierwsze, byłaby to demografia, czyli długoterminowa opieka, domowa opieka,

dzienne domy opieki, w tym rola szpitali powiatowych, bo przecież one mogą funkcjonować niekoniecznie jako wysokospecjalistyczne jednostki, ale też jako takie, które dbają o opiekę nad społeczeństwem danego regionu. Po drugie, rząd miałby skoncentrować się na skracaniu kolejek do lekarzy specjalistów i w szpitalnych oddziałach ratunkowych, w czym – jak dodał – ma pomóc m.in. kształcenie kadr medycznych. Po trzecie, ma nastąpić dalsza ewolucja systemu w kierunku uwzględniania jakości i efektów leczenia, m.in. za sprawą coraz powszechniejszego wykorzystywania rejestrów klinicznych. – Pacjent ma prawo wiedzieć, gdzie są bardzo dobre wyniki leczenia, a gdzie niekoniecznie – podkreślił minister. Po czwarte, obszarem wymagającym zdecydowanych działań, w tym także międzyresortowych, ma być edukacja o zdrowiu. – Jeżeli nie zaczniemy uczyć dzieci w młodych klasach o zdrowym życiu, nie osiągniemy efektów profilaktyki pierwotnej – powiedział Łukasz Szumowski, choć szczegółów nie wymienił. Kolejne wyzwanie stanowi przeciwdziałanie zapadaniu na choroby cywilizacyjne oraz pochylenie się nad onkologią, kardiologią i diabetologią. Do tej piątki zadań na najbliższą kadencję dorzucił dalszą przebudowę systemu, tak by posiadane środki finansowe i zasoby były „racjonalnie wykorzystywane” i, o ile to możliwe, aby leczyć nie w szpitalach, ale w ramach opieki podstawowej. Jak podkreślał szef resortu zdrowia, naprawa systemu ochrony zdrowia stanowi wieloletnią inwestycję. ■

KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI

Choć Koalicję Obywatelską współtworzy m.in. Nowoczesna, to dominuje w niej Platforma Obywatelska. Podczas Forum Programowego KO, odbywającego się 12 i 13 lipca, przewodniczący PO Grzegorz Schetyna zaprezentował „plan uzdrowienia Polski” (tzw. szóstka Schetyny), w którym uwzględniono „uzdrowienie służby zdrowia”. Przewodniczący PO zapewnił, że jeśli jego środowisko polityczne dojdzie do władzy, termin oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty nie będzie dłuższy niż 21 dni, a przyjęcie w SOR-ach nastąpi w ciągu 60 minut. Po godzinie każdy pacjent ma już być po badaniach, diagnozie i decyzji lekarskiej. Szczegółów nie zdradził. Ponadto obiecał wprowadzenie „programu walki z rakiem według europejskich standardów”. – Zakładamy, że w ciągu 7 lat wyleczalność raka w Polsce osiągnie poziom najbardziej rozwiniętych krajów Europy Zachodniej – mówił Grzegorz Schetyna. Wychodząc z założenia, że wczesna diagnoza decyduje o powodzeniu leczenia, zapowiedział wprowadzenie pełnego bilansu zdrowotnego, obejmującego wszystkie konieczne badania dla każdego, kto przekroczy 50. r.ż. Miałby on być powtarzany co 5 lat. PO obiecuje zapewnienie pełnej dostępności do badań prenatalnych, opieki okołoporodowej „na najwyższym europejskim poziomie”, „bezwartunkową” możliwość znieczulenia przy porodzie oraz nie tylko przywrócenie, ale i rozszerzenie programu in vitro. Inny z postulatów partii brzmi: „wprowadzimy powszechny i pełny kalendarz szczepień”.

– Nie może być tak, że dzieci, których rodziców na to stać, szczepione są na wszystkie choroby, a dzieci biedne tylko na niektóre – uzasadnił szef PO. Z myślą o osobach niepełnosprawnych miałyby zostać wprowadzone m.in. darmowe leki i wyroby medyczne. W odpowiedzi na pytanie, które z pomysłów wprowadzonych w ochronie zdrowia przez obecny rząd należałoby kontynuować w kolejnych latach, biuro prasowe PO odpowiedziało, że „jednym z nielicznych” są bezpłatne pobyty rodziców dzieci leczonych w szpitalu. A czy sprowadzanie lekarzy i pielęgniarek z zagranicy może rozwiązać bolączki kadrowe w naszym kraju? „Kadra medyczna spoza krajów UE jest jedynie częściowym rozwiązaniem problemu. Priorytetem jest zapewnienie takich warunków płacy i pracy, aby młodzi, wykształceni na rodzimych uczelniach medycznych lekarze, nie byli zmuszani do wyjazdów za granicę” – brzmiała odpowiedź. „Wszelkie decyzje muszą być konsultowane zarówno z pacjentami, jak i samorządami zawodowymi lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów i innych. PO-KO głęboko wierzy w ideę samorządności” – tak odpowiedziały służby prasowe PO na pytanie, jaką rolę widzą dla samorządu lekarskiego. Czy z tego zapewnienia należy odczytywać, że nie powtórzyłyby się „szorstkie” relacje między ministrem zdrowia i samorządem lekarskim, tak jak było za ministra Bartosza Arłukowicza, a szef resortu nie napisałby już kontrowersyjnego „Listu do przyjaciół lekarzy”, o którym środowisko nie zapomniało do dziś? ■

– premier Mateusz Morawiecki obiecuje, że tyle środków trafi na ochronę zdrowia rocznie już za kilka lat.

60 MINUT

– Grzegorz Schetyna obiecuje, że jeśli wygra PO, to w tym czasie pacjenci będą przyjmowani w SOR-ach.

KW POLSKIE STRONNICTWO LUDOWE

Na początku sierpnia PSL podpisało porozumienie programowe z Kukiz'15. Ludowcy obiecują nie tylko dalej zwiększać liczbę lekarzy, ale również podwyższać im i pielęgniarkom wynagrodzenia (płaca pielęgniarek powinna być powiązana z zarobkami lekarzy, stanowiąc minimum 60 proc. ich pensji). Proponują stopniowe zwiększanie nakładów na system ochrony zdrowia do 9 proc. PKB, ale niespecjalnie wyjaśniają, w jaki sposób zamierzają to zrealizować. Chcą zagwarantować darmowe wizyty u lekarza dentysty i bezpłatne leczenie stomatologiczne dla wszystkich dzieci do 18. r.ż. oraz opowiadają się za rozszerzeniem opieki farmaceutycznej. W ocenie PSL szpitale wojewódzkie powinny być w jednym ręku (ich organem założycielskim byłby minister zdrowia). Zdaniem przedstawicieli Kukiz'15, ubezpieczyciele powinni rywalizować ze sobą, pieniądze powinny iść za pacjentem, a do myślenia daje im to, że w mocno sprywatyzowanych dziedzinach (np. stomatologia) jest stosunkowo mało problemów. ■

KW SOJUSZ LEWICY DEMOKRATYCZNEJ

SLD, Lewica Razem i Wiosna potęczyły siły i startują pod jednym szyldem. Sojusz chciałby podnieść publiczne nakłady na zdrowie do przeciętnego poziomu w UE, źródło dodatkowych pieniędzy w systemie widzi m.in. w oskładkowaniu wszystkich dochodów z pracy (w tym umów cywilnoprawnych). Żelaznym postulatem jest bezpłatna opieka zdrowotna bez żadnych wyjątków. Lewica Razem opowiada się za likwidacją składki zdrowotnej, darmowymi lekami i wstrzymaniem komercjalizacji opieki zdrowotnej. W deklaracji programowej partii Razem jest również następujący postulat: „zwiększymy kontrolę izb lekarskich nad lekarzami działającymi niezgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną”. Zdaniem Wiosny trzy najpilniejsze zmiany, które należałoby wprowadzić w ochronie zdrowia w najbliższej kadencji, to: program walki z rakiem, prawa kobiet oraz skrócenie kolejek. ■

KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ

Konfederacja, skupiająca m.in. partię KORWiN i Ruch Narodowy, opowiada się za ograniczeniem wszechwładzy resortu zdrowia. Jeśliby potraktować na serio słowa Janusza Korwin-Mikkego, po dojściu do władzy po prostu zwolniono by zdecydowaną większość urzędników, w tym także pracowników Ministerstwa Zdrowia. Z kolei Ruch Narodowy podkreśla, że obowiązkiem państwa polskiego nie jest sprowadzanie lekarzy z innych krajów, ale stworzenie jak najlepszych warunków wszystkim obywatelom, w tym polskim lekarzom, tak by nie myśleli o emigracji. ■

W PIGUŁCE

Rachunek kosztów

1 stycznia 2020 r. wejdzie w życie nowela ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 22 lipca 2014 r. W Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji trwają prace nad opracowaniem standardu rachunku kosztów w podmiotach leczniczych.



W pierwotnej wersji nowela ta wprowadzić miała zapis (art. 31 lc ust. 6), zgodnie z którym wszyscy

**2 sierpnia Senat RP przyjął ustawę bez poprawek.
5 sierpnia została ona przekazana do podpisu
Prezydenta RP.**

świadczeniodawcy, którzy zawarli z NFZ umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, miałyby obowiązek stosowania standardu rachunku kosztów, opracowanego według zaleceń zawartych

w rozporządzeniu ministra zdrowia. To oznaczałoby, że od 1 stycznia 2020 r. każdy świadczeniodawca, niezależnie od formy prawnej prowadzonej działalności, ilości zatrudnionych osób, liczby pacjentów czy zakresu realizowanych świadczeń byłby zobowiązany do prowadzenia bardzo szczegółowego rachunku kosztów.

Ostatecznie jednak, po licznych protestach środowiska lekarskiego, w trakcie prac w Sejmie nad projektem ustawy z 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia, wprowadzono zmiany w zapisach art. 31lc ustawy o świadczeniach, dodając ust. 8, według którego z obowiązku stosowania standardu rachunków kosztów wykluczone zostały podmioty:

- nieprowadzące pełnej księgowości;
- udzielające świadczeń wyłącznie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- podmioty realizujące czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne.

2 sierpnia Senat RP przyjął ustawę bez poprawek. 5 sierpnia została ona przekazana do podpisu Prezydenta RP.

Ustawa o zawodzie farmaceuty

Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt ustawy o zawodzie farmaceuty. To regulacja długo oczekiwana przez samorząd aptekarski, która w sposób kompleksowy unormowałaby kwestie zasad wykonywania zawodu farmaceuty w ramach jednego aktu prawnego.

Jednak zapisy zawarte w przedłożonym projekcie, jak zauważa Prezydium NRL (Stanowisko nr 80/19/P-VIII PNRL z dnia 9 sierpnia 2019 r.), są bardzo ogólne, często nieprecyzyjne i nasuwają wiele wątpliwości, jak chociażby wprowadzona w art. 3 ust. 1 pkt 10 usługa farmacji klinicznej. Dookreślenia wymaga m.in. to, na czym

polegać miałby udział farmaceuty w tworzeniu planu lekowego. Samorząd lekarski uważa, że plan lekowy nie może być tworzony niezależnie od lekarza, a już tym bardziej wbrew jego zaleceniom. Jednocześnie zwraca uwagę, że pojęcie „plan lekowy pacjenta” nie zostało w ustawie zdefiniowane, a obecnie lekarz nie ma obowiązku tworzenia takiego planu.

Proponowane w projekcie ogólnikowe regulacje budzą wątpliwości m.in. co do zasad współpracy farmaceuty z pacjentem oraz lekarzem. Doprecyzowania wymagałoby również przewidziane w art. 4 ust. 2 pkt 4 ustawy uprawnienie

farmaceuty do zlecania badań diagnostycznych, w szczególności poprzez określenie ich zakresu oraz wskazania strony ponoszącej koszt tych badań.

Niepokój budzi także brak precyzyjnego określenia sposobu udostępniania farmaceutom wykonującym zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą dokumentacji medycznej pacjenta. Z projektu nie wynika również, jak miałby wyglądać przebieg porady farmaceutycznej i sposób jej udokumentowania. „Kwestie te wymagają wyjaśnienia z uwagi zarówno na bezpieczeństwo pacjentów i odpowiedzialność za proces leczenia” – czytamy w stanowisku PNRL. ■

Zlecenie na wyroby medyczne

9 sierpnia do konsultacji społecznych trafił projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie uproszczonego wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie w przypadku kontynuacji zlecenia.

„Wystawienie uproszczonego wzoru zlecenia będzie dotyczyło wyłącznie kontynuacji zlecenia. [...] We wzorze uproszczonym zrezygnowano z konieczności wskazywania wielu danych, takich jak: dane podmiotu, w ramach którego wystawiono zlecenie oraz uprawnień przysługujących pacjentowi” – napisano w uzasadnieniu. 22 sierpnia projekt został przekazany do opiniowania. ■

E-zdrowie



9 sierpnia prezydent Andrzej Duda podpisał ustawę z 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia. Dokument wprowadza m.in. możliwość upoważniania asystentów medycznych do wystawiania w imieniu lekarzy recept i skierowań w postaci elektronicznej, wydłuża okres realizacji e-recepty do 365 dni, wprowadza także rozwiązania prawne, które umożliwią przygotowanie rozwią-

zań informatycznych wspierających wystawianie e-recept, które na podstawie wskazanego przez lekarza rozpoznania będą automatycznie dobierały prawidłowy poziom odpłatności leku.

Co niezwykle istotne, ustawa znosi przewidziane dotychczas ograniczenie możliwości wystawiania recept *pro auctore* i *pro familiae* w postaci papierowej do 2025 r. Wobec powyższego możliwość wystawiania recept *pro familiae* i *pro auctore* nie

będzie ograniczona czasowo. Ponadto nowelizacja rozszerza katalog osób uprawnionych do wystawiania recept w ramach programu „Leki 75+”. Recepty w ramach tego programu w formie elektronicznej mogą wystawiać także lekarze specjaliści i lekarze przy wypisie ze szpitala.

Nowelizacja rozszerza także krąg podmiotów potwierdzających profil zaufany – o NFZ, który może nadać uprawnienia do potwierdzania w swoim imieniu profilu zaufanego lekarzom, pielęgniarcom i położnym POZ, a także osobom zatrudnionym u świadczeniodawcy, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu POZ.

Dokument wprowadza też recepty transgraniczne w postaci elektronicznej i wiele innych rozwiązań. Na etapie projektowania tej nowelizacji Prezydium NRL zgłosiło szereg uwag, podkreślając przy tym, że w procesie informatyzacji systemu ochrony zdrowia należy szczególną wagę przykładac do zapewniania bezpieczeństwa danych objętych tajemnicą lekarską, zakresu ich udostępniania oraz roli podmiotów wykonujących działalność leczniczą. ■

WŁASNA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

Jak prawidłowo skonstruować umowę

Nie wszyscy lekarze praktykują we własnych gabinetach. Często decydują się przyjmować pacjentów w miejscach należących do osób trzecich. Wówczas część z nich zamiast umowy o pracę podpisuje umowę o współpracę i rejestruje własną działalność gospodarczą.

TEKST PAULINA BĄK, RADCA PRAWNY

Z danie Ministerstwa Finansów część osób świadczących usługi jako samozatrudniony przedsiębiorca w rzeczywistości posiada „ukrytą” umowę o pracę. Ostatnio przedstawiciele tego resortu informowali, że opracowali tzw. test przedsiębiorcy, dzięki któremu chcieli odróżnić tych prawdziwych od osób pozostających na fikcyjnym samozatrudnieniu.

Chociaż ostatecznie rząd wycofał się z planów zmiany przepisów

prawnych, to podkreślenia wymaga, że nawet na podstawie obecnie obowiązujących przepisów prowadzenie działalności jako podmiot samozatrudniony może zostać zakwestionowane, a umowa o świadczenie usług przeklasyfikowana na umowę o pracę. Z tego powodu lekarz prowadzący działalność gospodarczą i wystawiający faktury powinien przyrzeć się warunkom swojej współpracy, aby uniknąć późniejszych sporów z organami podatkowymi.

WAŻNE!

Umowa o współpracę lub o świadczenie usług powinna zawierać postanowienia, zgodnie z którymi za szkody poczynione wobec pacjentów odpowiada lekarz prowadzący leczenie.

O PRACĘ

Z punktu widzenia niezbędnych do wykonania formalności leżących po stronie zatrudnionego lekarza, najprostszą formą zatrudnienia jest dla niego umowa o pracę. Nie musi on wówczas prowadzić księgowości, gdyż obowiązek uiszczania comiesięcznych składek ZUS oraz zaliczki na podatek dochodowy jest po stronie pracodawcy. Jednocześnie umowa o pracę jest najbardziej kosztowna. Pracodawca jest zobowiązany do potrącenia składki ZUS z wynagrodzenia pracownika, jak również

Umowa o pracę

18%

podatku dla dochodu
nieprzekraczającego 85 528 zł

32%

podatku dla dochodu
powyżej 85 528 zł

Samozatrudnienie

19%

podatku dochodowego
(stawka ryczałtowa)



Zgodnie z art. 5b ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych działalnością gospodarczą jest działalność zarobkowa, prowadzona we własnym imieniu bez względu na jej rezultat, w sposób zorganizowany i ciągły.

musi dopłacić składki leżące po jego stronie. W rezultacie do ZUS trafia około 45 proc. wynagrodzenia. Doliczyć należy również podatek dochodowy w wysokości 18 proc. dla dochodu nieprzekraczającego 85 528 zł oraz 32 proc. dla dochodu powyżej tej kwoty. Warto podkreślić, że przy umowie o pracę można odliczyć jedynie zryczałtowane koszty uzyskania przychodu w wysokości 1335 zł rocznie (około 111,25 zł miesięcznie). Oczywiście umowa o pracę daje pracownikowi szereg przywilejów w postaci płatnego urlopu czy wynagrodzenia w czasie choroby. Po wejściu w życie zmian legislacyjnych planowanych na październik 2019 r. obniżających stawkę podatku dochodowego do 17 proc. wynagrodzenie netto wzrośnie.

O WSPÓŁPRACĘ

Ze względu na wysokie obciążania często bardziej preferowaną formą nawiązywania współpracy jest tzw. samozatrudnienie. Wówczas lekarz rejestruje własną działalność gospodarczą i świadczy usługi dla właściciela gabinetu, natomiast otrzymane wynagrodzenie dokumentuje za pomocą faktury. W takim przypadku lekarz jest zobowiązany do samodzielnego prowadzenia księgowości oraz do uiszczania składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz zaliczek na podatek dochodowy. W tym modelu współpracy zobowiązania wobec ZUS wynoszą, razem z dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, stałą, niezależną od przychodu kwotę w wysokości 1316,97 zł. Ponadto

w przypadku podatku dochodowego istnieje możliwość pomniejszenia przychodu o koszty podatkowe poniesione w pełnej wysokości. Jednak tym, co najczęściej skłania lekarzy do podejmowania samozatrudnienia, jest możliwość opodatkowania pomniejszonego o rzeczywiście poniesione koszty przychodu ryczałtową stawką podatku dochodowego w wysokości 19 proc. W efekcie nadwyżka dochodów ponad kwotę 85 528 zł podlega opodatkowaniu 19 proc., a nie jak w przypadku umowy o pracę – 32 proc.

ŹŁE SFORMUŁOWANA UMOWA TO RYZYKO

W Polsce obowiązuje swoboda umów oraz swoboda prowadzenia działalności gospodarczej. W efekcie lekarz uprawniony jest do świadczenia usług na rzecz podmiotu leczniczego, a nie bezpośrednio na rzecz pacjentów. Umowa taka musi być odpowiednio sformułowana. Jak wynika z przepisów Kodeksu pracy, jeżeli rzeczywisty stosunek prawny ma cechy stosunku pracy, nie można zastosować umowy o współpracę. Nie wystarczy więc, aby umowa łącząca właściciela gabinetu z lekarzem po prostu nazywała się umową o świadczenie usług, ale przede wszystkim nie może ona posiadać cech umowy o pracę. W przeciwnym przypadku taki stosunek prawny może zostać przeklasyfikowany przez sąd powszechny w postępowaniu wszczętym przez pracownika lub inspektora pracy. W przypadku kontroli gabinetu przez Państwową

Inspekcję Pracy, jej inspektorzy mają prawo do wytoczenia powództwa o ustalenie stosunku pracy nawet bez zgody lekarza, którego sprawa dotyczy. Statystyki pokazują jednak, że sądy rzadko dokonują przeklasyfikowania umowy. Organy podatkowe oraz ZUS mogą jednak samodzielnie (bez drogi sądowej) przeklasyfikować daną umowę i uzyskany przychód opodatkować tak, jak w przypadku umowy o pracę, a więc wyższymi kwotami składek ZUS oraz – w razie przekroczenia drugiego progu dochodowego – 32 proc. stawką podatku. Ponadto organy mogą zobowiązać do zapłaty zaległych i nieuiszczonych zaliczek od właściciela gabinetu, który jako płatnik pracodawca zobowiązany był do ich pobrania i wpłacenia.

Aby uniknąć przekwalifikowania tzw. samozatrudnienia, umowa podpisana z podmiotem wypłacającym wynagrodzenie powinna nie tylko nie przypominać umowy o pracę, ale przede wszystkim forma i sposób wykonywania usług przez lekarza muszą wypełniać ustawową definicję prowadzenia działalności gospodarczej. Zgodnie z art. 5b ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych działalnością gospodarczą jest działalność zarobkowa, prowadzona we własnym imieniu bez względu na jej rezultat, w sposób zorganizowany i ciągły. Po pierwsze, osoba prowadząca działalność

gospodarczą powinna ponosić odpowiedzialność za wykonywanie swoich usług i ich rezultat wobec osób trzecich. Po drugie, nie powinna wykonywać czynności pod kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez zlecającego ich wykonanie. Ponadto przedsiębiorca powinien ponosić ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną działalnością.

W efekcie umowa o współpracę lub o świadczenie usług powinna zawierać postanowienia, zgodnie z którymi za szkody poczynione wobec pacjentów odpowiada lekarz prowadzący leczenie. Umowa nie powinna przewidywać, że za czas nieświadczenia usług (tzw. urlop) lekarzowi przysługuje wynagrodzenie. Ponadto wynagrodzenie powinno być uzależnione od liczby przyjętych pacjentów. W ten sposób spełniona zostanie przesłanka ponoszenia ryzyka gospodarczego. Ponadto podmiot zatrudniający nie może obejmować samozatrudnionego lekarza regulaminem pracy. Przed podjęciem współpracy lekarza nie kieruje się na badania. Ponadto w trakcie świadczenia usług lekarz nie powinien korzystać bezpłatnie ze sprzętu należącego do właściciela gabinetu, który mógłby być wykorzystywany prywatnie (np. laptop, telefon komórkowy). Wydaje się, że taką opłatą nie muszą być objęte sprzęty medyczne służące do badań. Lekarz nie powinien również bezpłatnie



Umowa nie powinna przewidywać, że za czas nieświadczenia usług (tzw. urlop) lekarzowi przysługuje wynagrodzenie. Ponadto wynagrodzenie powinno być uzależnione od liczby przyjętych pacjentów.

otrzymywać benefitów pozapłacowych, takich jak karta umożliwiająca korzystanie z obiektów sportowych czy karta restauracyjna. Właściciel gabinetu nie powinien ponosić za lekarza kosztów samokształcenia (podręczników, szkoleń, kursów, uczestnictwa w konferencjach). Warto podkreślić, że lekarz jest zobowiązany do leczenia pacjenta zgodnie z własną wiedzą i przekonaniem. Z samej istoty zawodu wynika więc, że lekarz w wykonywaniu swojego zawodu nie podlega kierownictwu osób trzecich, jednak, aby uniknąć zarzutu wykonywania pracy pod kierownictwem, należy unikać wykonywania pracy w jednym podmiocie przez 8 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu (weryfikacja terminarza pracy zależy od indywidualnej oceny przypadku). ■

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy informację o śmierci

Śp.

Zygmunta Wiśniewskiego

wieloletniego współpracownika „Gazety Lekarskiej”,
kronikarza samorządu lekarskiego.

Rodzinie i Bliskim

składamy wyrazy szczerzego współczucia.

Marta Jakubiak

redaktor naczelna „Gazety Lekarskiej”

Marek Stankiewicz

kierownik Ośrodka Historycznego NIL

Wyrazy szczerzego i głębokiego współczucia

Rodzinie oraz Bliskim

Śp.

Zygmunta Wiśniewskiego

wieloletniego współpracownika i dokumentalisty
samorządu lekarskiego, autora m.in. „Kroniki izb lekarskich
w Polsce w latach 1945-2005”

składa

prof. Andrzej Matyja
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Zaświadczenie bez zbadania

Do lekarza sądowego zgłosiła się kobieta, prosząc o wystawienie dla swojego pełnoletniego syna zaświadczenia o niezdolności do udziału w czynnościach sądowych w toczącym się postępowaniu karnym.

Kobieta poinformowała, że syn nie opuszcza domu, przejawia lęki w stosunku do osób obcych i leczy się psychiatrycznie. W jej ocenie rozmowa syna z lekarzem może niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia chłopaka.

Lekarz bez osobistego zbadania pacjenta, opierając się jedynie na przedstawionej przez kobietę dokumentacji medycznej, wystawił zaświadczenie o niezdolności do udziału w czynnościach sądowych. Skargę do



okręgowego rzecznika złożył sędzia sądu karnego, gdyż w jego ocenie lekarz mógł wystawić zaświadczenie o niezdolności do udziału w czynnościach procesowych tylko po osobistym zbadaniu pacjenta.

Sąd lekarski zauważył, że co do zasady lekarz sądowy powinien wystawić zaświadczenie po uprzednim osobistym zbadaniu uczestnika postępowania i po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną, co wynika z art. 11 ustawy o lekarzu sądowym. Sytuacje, w których lekarz może

odstąpić od osobistego zbadania i oprzeć się jedynie na dokumentacji medycznej, wymieniono w art. 12 ust. 4 ustawy o lekarzu sądowym (pacjent przebywa w szpitalu, hospicjum stacjonarnym albo innym zakładzie opieki zdrowotnej). Jeśli stan zdrowia uczestnika postępowania uniemożliwia mu stawienie się na badanie, lekarz powinien przeprowadzić badanie w miejscu pobytu tej osoby.

W tej sprawie, jak ustaliły sądy lekarskie, pacjent przebywał w domu i nie zostały spełnione szczególne przesłanki umożliwiające wystawienie zaświadczenia bez badania pacjenta. Dodatkowo sąd lekarski zwrócił uwagę, że obwiniony naruszył art. 40 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji. W uzasadnieniu orzeczenia wskazano, że osobiste zbadanie pacjenta przed wydaniem zaświadczenia, opinii o stanie zdrowia jest jednym z kanonów postępowania każdego lekarza. Okręgowy sąd lekarski wymierzył lekarzowi karę upomnienia. Odwołanie od orzeczenia złożył obrońca obwinionego. Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie. ■

KOMENTARZ



GRZEGORZ WRONA

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Opisana sprawa nie jest pierwszą w ostatnich miesiącach. Przypomnę, że ustawa o lekarzu sądowym była reakcją na zbyt pochopnie, w ocenie ustawodawcy, wystawiane w przeszłości zwolnienia lekarskie, będące wystarczającym dla organów ścigania usprawiedliwieniem nieobecności strony, hamującym płynność postępowań cywilnych i karnych. Lekarz sądowy miał stać się rewizorem czy też nadzwyczajną instancją, swoistym „sprawiedliwym” w lekarskim świecie. Mimo nadania tej funkcji prestiżu zaufania, nie spotkało się to z nadmiernym zainteresowaniem ze strony lekarzy. Dzisiaj okazuje się, że ustawa nie spełniła

nadziei, a ustawodawca myśli o kolejnych zmianach. Powołać superrewizora? Wracając do tej sprawy. Wina, czyli niezgodność działania z jasnymi przepisami prawa, w tym przepisami prawa medycznego, nie budziła wątpliwości rzeczników i sądów. Ale warto zastanowić się nad wymiarem kary. Orzeczono przecież „tylko” upomnienie. Czy samorząd stanął na wysokości zadania? Trudno zbadać sposób oceny, linię myślenia sądu, ale spróbuję uczynić następujące założenia. Po pierwsze, w czasie okresu kształcenia przed- i podyplomowego dowiadujemy się, że pacjentowi należy ufać. Przecież wykonujemy zawód oparty o zaufanie. Nie powinniśmy, już na wstępie, zakładać, że pacjent, osoba bliska, opiekun faktyczny podaje nieprawdę. Po drugie, naszym zadaniem jest pacjentowi pomóc. Czy te dwie podstawowe przyczyny były wystarczające do wystawienia zaświadczenia, o które proszono? Pewnie nie i stąd orzeczenie winy. Czy były wystarczające do orzeczenia wymiaru kary? Pewnie w tej sprawie tak, gdyż orzeczono karę upomnienia. A jakie będą orzeczenia w innych sprawach tego typu? Tu pozostawię pytanie bez odpowiedzi, jako że przewidywanie przyszłości nie jest domeną rzecznika, a dokonanie wyboru casusu ma być swojego rodzaju prewencją wydawania orzeczeń bez wystarczającej refleksji. ■

RECEPTY REFUNDOWANE

Jak się nie dać NFZ

Pamiętają Państwo zapewne czasy, gdy do wystawienia recepty na leki refundowane konieczne było zawarcie umowy z kasą chorych czy potem NFZ. Umowy te przewidywały kary umowne dla lekarzy za uchybienia w ich wykonywaniu.

TEKST JAROSŁAW KLIMEK,
RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

Były one powodem ciekawego sporu z Ministerstwem Zdrowia, który w 2015 r. zakończył się kompromisem i zawarcie takich umów nie jest już obecnie potrzebne. O tamtych czasach nie zapomniał jednak NFZ, który teraz pozywa lekarzy o zwrot refundacji za leki, które wypisane zostały przez lekarzy z naruszeniem ówczesnych zasad ich ordynowania.

Sytuacje, które chciałbym przybliżyć, dotyczą pacjentów objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i lekarzy, którzy przepisali im leki refundowane, nie mając – zdaniem NFZ – ważnej umowy upoważniającej do takich działań. Powództwa wytaczane przeciw lekarzom przez NFZ doczekały się już rozstrzygnięć sądowych, w których roszczenia te zostały oddalone. Mimo to do sądów trafiają kolejne pozwy, a lekarze otrzymują nadal wezwania do zwrotu refundacji. Czym zatem kierują się sądy, rozstrzygając na korzyść lekarzy?

Niektóre sądy przyjmują, że umowy na wystawianie recept refundowanych zostały skutecznie rozwiązane przez NFZ (fundusz wysyłał do lekarzy nowe umowy, uznając, że odmowa ich podpisania jest jednocześnie rozwiązaniem „starej” umowy). W takim wypadku sądy uznają, że lekarz, wypisując pacjentowi

receptę na lek refundowany bez umowy z NFZ, może i naruszył prawo, ale nie wyrządził przy tym szkody funduszowi. Leki były bowiem wypisane zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, były pacjentom potrzebne i z pewnością ubezpieczeni otrzymaliby takie leki od lekarza, który dopełnił wszelkich formalności wymaganych przez NFZ. W takiej sytuacji fundusz i tak musiałby ponieść koszty refundacji leków niezbędnych pacjentowi ze względu na stan jego zdrowia.

Ale są też sądy, które oddalają powództwa NFZ z innych powodów. Uznają, że fundusz, próbując zmusić lekarzy do zawarcia nowych (mniej korzystnych) umów uprawniających do wystawiania recept refundowanych i traktując odmowę ich podpisania jako rozwiązanie „starych” umów, wcale nie doprowadził do tego, że umowy te zostały skutecznie wypowiedziane. Na poparcie takiego rozumowania przytaczane jest stanowisko Sądu Najwyższego, który uznał, że zastrzeżenie dokonane w oświadczeniu woli (tu: w piśmie NFZ), które uzależnia jego skuteczność od późniejszego aktu woli jednej ze stron stosunku umownego (podpisania nowej umowy przez lekarza), nie stanowi warunku w rozumieniu art. 89 k.c., ale brak definitywnego wyrażenia woli przez stronę (postanowienie SN z 22 marca 2013 r., sygn. akt III CZP 85/12). NFZ miał wolę dalszego

związania się umową z lekarzem, tylko o innej treści i nie rozwiązywał jej definitywnie, tylko zapowiadał, że ją rozwiąże w razie odmowy złożenia podpisu na zaproponowanej nowej umowie.

Dodatkowo przywołany został argument o braku związku przyczynowego między działaniem lekarza – wystawieniem recepty refundowanej, a skutkiem, jaki to działanie wywołało – refundacją leku przez NFZ. Taki sam skutek wywołałaby bowiem przyczyna zapasowa (dopuszczalna w orzecnictwie sądowym – wyroki Sądu Najwyższego z 29 kwietnia 2010 r. i 17 maja 2013 r. sygn. akt I CSK 535/12 i IV CSK 467/09), jaką z pewnością byłoby wystawienie recepty przez innego lekarza. Działanie pozwanego lekarza jest wobec tego bez znaczenia dla sytuacji, w jakiej znalazł się NFZ – lekarz nie może ponosić odpowiedzialności za coś, co jest nieuniknione. Interesujące jest również to, że uznano za zupełnie nieprawdopodobne i oczywiście sprzeczne z doświadczeniem życiowym argumenty NFZ, że pacjenci, którzy są uprawnieni do uzyskania recepty na leki refundowane, zgłosiliby się do lekarza po leki pełnopłatne. Każdy ubezpieczony pacjent uzyskałby leki refundowane od innego lekarza, a fundusz musiałby ponieść koszt ich refundacji. ■

FAKT

Lekarze nadal otrzymują wezwania do zwrotu refundacji.



ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Lektury (nie) obowiązkowe

Warto się pochylić nad dwiema publikacjami. W momencie oddawania tekstu do druku oczekujemy na ostateczną wersję „Krajowego Planu odchodzenia od amalgamatu stomatologicznego”. Dokument ten, zgodnie z rozporządzeniem UE ws. rtęci [2017 r.], miał być sporządzony przez każde z państw członkowskich do 1 lipca 2019 r. i przesłany Komisji Europejskiej najpóźniej do 1 sierpnia.

9 sierpnia otrzymaliśmy do zaopiniowania i uzupełnienia wersję tego Planu sporządzoną przez Ministerstwo Środowiska. Komentarz z uzupełnieniem zajął nam 4 strony, a za wierszówkę w takich razach przecież nie płać. Po prostu było co komentować i uzupełniać.

Myślę, że jeśli (wzorem metra w Sevres) istnieje jakiś wzorec dokumentu ministerialnego opartego na ściągniętych w ostatniej chwili wyrwykowych danych i obiegowych opinii, to ten dokument Ministerstwa Środowiska mógłby się o taki status śmiało ubiegać. Z dokumentu dowiedzieliśmy się np., że na przejściu z amalgamatu na kompozyty stomatodolzy zarobią, bo gram kompozytu i jego ciężar właściwy w porównaniu z analogicznymi parametrami amalgamatu to po prostu taniocza i już możemy liczyć zyski. Separatory na rynku podobno są, podano nawet takie, które lekarz może sobie sam zamontować (sic!). No tak, recesja idzie, dobrze mieć jakiś fach w rękę.

To chyba dobrze obrazuje, z jakim stanem opieki technicznej nad zamontowanymi separatorami mielibyśmy do czynienia w trakcie eksploatacji. Argumentacja tej części projektu Planu okraszona jest bezpośrednim dowodem skutku, wytykanego przez nas już parę razy, wadliwego wzoru karty przekazania odpadu (minimalna ilość odpadu = 1 kg). Otóż, podobno rocznie wytwarzamy w gabinetach 2,2 tony odpadu amalgamatowego, co po przeliczeniu na statystyczną poradnię mającą kontrakt dawałoby jakieś ćwierć kilo na stomatologa na rok.

Do lektury drugiej publikacji zachęcam z dużo większym przekonaniem, ale i z nieodłączną twórczą obawą, że ktoś podsumuje tę publikację jak ja przed chwilą projekt Krajowego Planu. W naszym nieustająco aktualizowanym kompendium EDM (www.nil.org.pl/edm) zamieściliśmy „Algorytm, czyli Krótki Przewodnik po e-Zdrowiu”. Przyjmując za „narrację” nadchodzące cyfryzacyjne obowiązki, ułożyliśmy diagramy algorytmu decyzyjnego wdrażania e-recepty, oraz dalej – oprogramowania do całej dokumentacji medycznej. Do tych wątków niczym osnowa podpięte są prawie wszystkie dokumenty (informacje, poradniki, ankieta przeprowadzona wśród firm IT), jakie dotąd zamieściliśmy na stronach NIL.

Ważne w naszej izbowej pracy jest to, abyśmy potrafili odejść od przetwarzania bolączek dnia naszego powszedniego i zwrócić swoje zainteresowanie na te aspekty, które dla każdej korporacji są najważniejsze: etyka zawodowa wobec zmieniającego się rynku, granice należytej staranności i – co za tym idzie – odpowiedzialności zawodowej i cywilnej. Na 21 listopada Komisja Stomatologiczna NRL zwołała swoje otwarte posiedzenie, z zaproszeniem wszystkich delegatów-stomatologów na Krajowy Zjazd Lekarzy. I o tym chcemy szerzej porozmawiać, bo z całą pewnością jest o czym. ■

“

Ważne w naszej izbowej pracy jest to, abyśmy potrafili odejść od przetwarzania bolączek dnia naszego powszedniego i zwrócić swoje zainteresowanie na te aspekty, które dla każdej korporacji są najważniejsze.

STOMATOLOGIA

Dlk1 może zmienić leczenie

Naukowcy z Uniwersytetu Plymouth's Peninsula Dental School odkryli gen Dlk1, który wspomaga aktywację komórek macierzystych i regenerację zębiny. Pracami kierował dr Bing Hu, a z jego zespołem współpracowali naukowcy z całego świata.



DLK1

odkrycie tego genu molekularnego to szansa na znalezienie nowych rozwiązań w stomatologii naprawczej

“

To naprawdę duży przełom w medycynie regeneracyjnej, który może mieć ogromne znaczenie dla pacjentów w przyszłości – powiedział dr Bing Hu.

Nową populację mezenchymalnych komórek macierzystych odkryto w stale rosnącym modelu siekacza myszy, a wyniki tych badań opublikowano na początku sierpnia w „Nature Communications”.

Zespół dra Bing Hu zaobserwował, że za pośrednictwem genu molekularnego o nazwie Dlk1 komórki macierzyste są aktywowane i wysyłają sygnały powrotne do komórek macierzystych tkanki, aby kontrolować liczbę tych nowo produkowanych. Dodatkowo Dlk1 może poprawiać aktywację komórek macierzystych i regenerację tkanek w uszkodzonym zębie. To szansa na znalezienie nowych rozwiązań w stomatologii naprawczej

i rozwiązanie problemów związanych z uszkodzeniami zębów spowodowanych próchnicą czy urazami mechanicznymi.

– Na tym etapie prace odbywały się w modelach laboratoryjnych i należy je kontynuować, zanim będziemy mogli wprowadzić je do wykorzystania u ludzi. Ale to naprawdę duży przełom w medycynie regeneracyjnej, który może mieć ogromne znaczenie dla pacjentów w przyszłości – powiedział dr Bing Hu. ■

Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej 2020

Już 5 września, podczas odbywającego się w San Francisco Światowego Kongresu Stomatologicznego FDI, zostaną przedstawione główne założenia Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej 2020 (World Oral Health Day 2020). Wiadomo na pewno, że przyszłoroczny 20 marca odbędzie się pod hasłem: „SayAhh – Unite for Mouth Health”.

W San Francisco zaprezentowane zostaną także wyniki minionej edycji WOHD, a nagrodami uhonorowani autorzy najlepszych projektów.



Polskie Towarzystwo Stomatologiczne przypomina także o trwającym głosowaniu na kampanię „Polska mówi #aaa!” w ramach internetowego plebiscytu Gwiazdy CEDE 2019 (pts.net.pl). ■



gazetalekarska.pl

STOMATOLOGIA

Powołano do życia PTSG

13 września 2018 r. w Warszawie odbyło się zebranie założycielskie, na którym zdecydowano o powołaniu Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej. 7 maja br. zarejestrowano je jako stowarzyszenie w KRS.

TEKST DR HAB. N. MED. **BARBARA KOCHAŃSKA**, KIEROWNIK KATEDRY I ZAKŁADU STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ GUMED
DR HAB. N. MED. **AGNIESZKA MIELCZAREK**, KIEROWNIK KATEDRY I ZAKŁADU STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ WUM

Ogólnosiatowe dane demograficzne wskazują na stały wzrost populacji osób w starszym i podeszłym wieku. W 2018 r. liczba ludności Polski wynosiła ponad 38 mln, w tym ponad 24 proc. stanowiły osoby w wieku 60+. Jeżeli dotychczasowe trendy demograficzne utrzymają się, to zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego w 2050 r. liczba osób w tej grupie wiekowej zwiększy się w naszym kraju do ponad 40 proc.

Jak wskazują wyniki badań, populację 60+ charakteryzuje znaczne zróżnicowanie, zarówno ze względu na ogólny stan zdrowia, jak i stan narządu żucia i stomatologiczne potrzeby lecznicze. W układzie stomatognatycznym człowieka wraz z wiekiem dochodzi do szeregu zmian, które spowodowane są samym procesem starzenia, jak również nakładaniem się różnorodnych czynników patologicznych, które ten proces mogą nasilać i modyfikować. Są to m.in. różne, często współwystępujące choroby przewlekłe, zaburzenia hormonalne oraz zaburzenia odżywiania, wchłaniania i ograniczenia funkcji psychoruchowych. Szczególnym problemem w populacji senioralnej jest zjawisko polipragmatyzacji, którego skutkiem są m.in. zaburzenia wydzielania śliny i związane z tym

konsekwencje zdrowotne. Zmiany zachodzące wraz z wiekiem mogą dotyczyć wszystkich struktur wchodzących w skład układu stomatognatycznego. Postępująca degradacja i dysfunkcja układu stomatognatycznego, często nasilana przez różne niekorzystne czynniki, prowadzi nie tylko do pogorszenia jakości życia, ale także do szeregu innych konsekwencji, w tym odnoszących się do ogólnego stanu zdrowia.

Celem działalności PTSG jest promocja zdrowia jamy ustnej w populacji senioralnej, rozwój nauki z zakresu stomatologii geriatrycznej (gerostomatologii) oraz propagowanie wiedzy na temat wpływu stanu zdrowia jamy ustnej na stan zdrowia ogólnego. Działalność towarzystwa dotyczyć będzie badań nad jakością życia, kształtowania optymalnych kierunków opieki stomatologicznej oraz integracji środowiska, któremu bliskie są problemy zdrowotne populacji osób w starszym i podeszłym wieku. PTSG jest organizacją interdyscyplinarną, otwartą dla

24%

taki odsetek stanowiły osoby w wieku 60+ wśród 38 mln Polaków (dane z 2018 r.). GUS przewiduje, że w 2050 r. liczba osób w tej grupie wiekowej wzrośnie do ponad 40 proc. populacji.

wszystkich zainteresowanych problematyką gerostomatologii, a także gerontologii i geriatrii. Towarzystwo planuje realizację swoich celów poprzez inicjowanie i prowadzenie badań naukowych w zakresie gerostomatologii i w dziedzinach pokrewnych, współpracę i nawiązywanie kontaktów z osobami i organizacjami działającymi w obszarze gerostomatologii, gerontologii i geriatrii w kraju i za granicą, oraz organizację konferencji i seminariów dotyczących tej tematyki.

Mamy nadzieję, że w obliczu prognoz demograficznych i problemu starzejącego się społeczeństwa, działalność Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej pozytywnie wpłynie na kształtowanie jakości opieki stomatologicznej i medycznej nad populacją osób starszych. Zapraszamy wszystkich chętnych, którzy są zainteresowani szeroko pojętą problematyką stomatologii geriatrycznej, do współpracy i udziału w pracach naszego towarzystwa. ■

Założyciele PTSG są związani m.in. z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym, Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, Uniwersytetem Medycznym w Lublinie i Uniwersytetem Jagiellońskim. Na zebraniu założycielskim ustalono, że siedzibą stowarzyszenia będzie Warszawa, zatwierdzono statut oraz wybrano Zarząd i Komisję Rewizyjną PTSG. W skład Zarządu weszły: dr hab. Barbara Kochańska, prof. nadzw. GUMed (prezes Zarządu), dr hab. Agnieszka Mielczarek, WUM (wiceprezes Zarządu), dr hab. Renata Chałas, prof. nadzw. UM w Lublinie (sekretarz), mgr Beata Łasińska (skarbnik), prof. dr hab. Teresa Bachanek (członek Zarządu). W skład Komisji Rewizyjnej weszły: prof. dr hab. Maria Chomyszyn-Gajewska (przewodnicząca) oraz dr hab. Agata Niewczas i mgr Jolanta Ochocińska (członkowie).

STOMATOLOGIA

Zmiana zasad rozliczenia świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży

27

czerwca prezes NFZ podpisał zarządzenie nr 76/2019/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, które wprowadza zmiany w dotychczasowych zasadach rozliczenia świadczeń stomatologicznych udzielanych dzieciom i młodzieży.

Zgodnie z tym dokumentem od 1 lipca do świadczeń udzielanych dzieciom do ukończenia 18. r.ż. w ramach zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia ogólnostomatologiczne oraz świadczenia udzielane w dentobusie trzeba stosować nowy współczynnik korygujący wycenę punktową tych świadczeń – w wysokości 1,5, a nie jak dotąd – 1,3. ■



DLA PACJENTÓW I LEKARZY

28 września w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach odbędzie się Forum „Serce Pacjenta”. To konferencja zarówno dla pacjentów kardiologicznych oraz ich bliskich, jak i specjalistów, a także decydentów z sektora ochrony zdrowia. Organizatorem spotkania jest Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym to wydarzenie.

REKLAMA



PROF. DANUTA KRZYŻYK

A adiunkt, Wydział Filozoficzny Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, sekretarz Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN

KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE

Spotkanie w słowie

Nie chcę być pęcherzykiem żółciowym spod trójki ani artroskopią na dwójce. Nie podoba mi się również, że bywam usg. w poczekalni czy też numerem osiem, który jest wołany do gabinetu lekarskiego.

Taki sposób traktowania pacjenta (mówienia o nim czy też zwracania się do niego) zaburza to, co w komunikacji powinno być najważniejsze – osobowy kontakt z drugim człowiekiem. Lekarz w swojej pracy nie spotyka się bowiem z kolejnym numerem czy przypadkiem klinicznym, lecz z żywym człowiekiem, który jest przede wszystkim podmiotem i to o bardzo złożonej konstrukcji.

Człowiek chory nie przestaje przecież przez sam fakt choroby być człowiekiem. Niestety, ciągle słyszymy w szpitalach i przychodniach komunikaty depersonalizujące pacjenta, odbierające mu indywidualny charakter. Chory nie jest traktowany jednostkowo, ale jako kolejny taki sam (ach, ta rutyna!) przypadek medyczny. Staje się częścią jakiejś zbiorowości, przedstawicielem pewnej grupy, traci przy tym poczucie podmiotowości, intymności, autonomii, nierzadko także odbierane jest mu poczucie bezpieczeństwa. Niefortunne, nieprzemyślane komunikaty (bywa, że formułowane w pośpiechu, pod presją czasu, przez zmęczonego lekarza) redukują chorego do nazwy zabiegu, któremu był lub ma być poddany, do jego dolegliwości czy też nazwy aparatury, która będzie wykorzystana do badania.

Nierzadko również możemy mówić o depersonalizacji lekarzy przez

pacjentów. Zdarza się bowiem, że są oni sprowadzani do roli sprzedawców usług lub traktowani jak instytucja spełniająca życzenia: „Pan doktor wypisze mi receptę na...; Przyszłam po skierowanie do...; Ja tylko chcę, by pani doktor wykonała mi zabieg...”. Przywołane sytuacje komunikacyjne są przejawem braku refleksji nad swoimi zachowaniami językowymi, a może i pozajęzykowymi. Zapominamy – i my pacjenci, i lekarze – że druga osoba, z którą się komunikujemy, z którą wchodzimy w relację, ma być dla nas wartością, że istotą komunikacji powinien być osobowy kontakt z drugim człowiekiem.

W komunikacji medycznej słowo odgrywa szczególną rolę. Zarówno słowa wypowiedziane, jak i niewypowiedziane (bo na przykład nie padło odpowiednie pytanie albo przekazana informacja nie była dość precyzyjna czy też lekarz nasycił swoją wypowiedź słownictwem specjalistycznym, niezrozumiałym dla pacjenta) decydują o trafnej diagnozie, skutecznym leczeniu, komforcie psychicznym pacjenta, a nawet jego życiu.

Jakość spotkania w słowie lekarza z pacjentem w dużej mierze zależy od postawy tego pierwszego, od jego otwartości, życzliwości, cierpliwości, ale także od umiejętności poprowadzenia rozmowy, w tym sposobu zwracania się do pacjenta (np. doboru form adresatywnych), zadawania mu pytań (dobór odpowiednich pytań i sposób ich zadawania decyduje o tym, czy zdobędziemy potrzebne informacje, pozwala także rozpoznać, czy rozmówca jest zainteresowany rozmową i czy słucha, jaki jest jego stosunek do drugiej osoby), sposobu przekazywania informacji o stanie jego zdrowia (ten komunikat powinien być rzeczowy, precyzyjny, jednoznaczny, zrozumiały), od umiejętności słuchania (chodzi tu o tzw. aktywne słuchanie; umiejętność słuchania jest podstawowym narzędziem dobrego kontaktu i porozumienia). Istotna jest też organizacja przestrzeni, np. stojący na biurku lekarza komputer nie może utrudniać rozmowy z pacjentem, przeszkadzać w nawiązaniu z nim kontaktu wzrokowego. I najważniejsze: troska o życie i zdrowie pacjenta nie może przesłaniać jego samego.

O profesjonalizmie lekarza decydują nie tylko jego wiedza i umiejętności, ale także kompetencje miękkie, do których należy między innymi dobra komunikacja. Jest ona ważnym, choć nadal niedocenianym elementem każdego procesu leczenia. ■



Jakość spotkania w słowie lekarza z pacjentem w dużej mierze zależy od postawy tego pierwszego...



MARTA
JAKUBIAK

redaktor naczelna

CHIRURGIA

Świadectwo i przemyślenia

Opowieść lekarza, który jako chirurg urodził się w 1957 r. w Akademii Medycznej w Warszawie.

Prof. Tadeusz Tołłoczko sztuki medycznej uczył się od mistrzów, którzy praktykowali jeszcze w XIX w. Potem zgłębiał tajniki zawodu, doświadczać naukowego i technologicznego postępu, przez dziesięciolecia dokonującego się w pracy i życiu lekarza. Wspomina, podsumowuje, przestrzega.

Spotkaliśmy się, by opowiedział o swojej najnowszej książce i przemyśleniach, które zrodziły się u schyłku drugiej dekady XX w.

Chirurg to więcej niż zawód

Taki tytuł nosi moja książka, która ukazała się w tym roku. Opisałem w niej wydarzenia, które przetoczyły się przez moje życie chirurga, rektora, człowieka. To opowieść o zawodowej prywatności i doświadczeniach poza salą operacyjną. To historia zdobywania wiedzy i wspaniałych wykładowców. To świadectwo przeszłości i innej mentalności, innych warunków pracy i obyczajów.

Sztukmistrze

Moim pierwszym nauczycielem akademickim chirurgii był prof. Tadeusz Butkiewicz, który fachu lekarskiego uczył się jeszcze w XIX w. Medycyna była wtedy prawdziwą sztuką. Diagnozę stawiano na podstawie rozmowy z chorym, fizykalnego badania i obserwacji.

Tak też diagnozował prof. Butkiewicz, opierając się na subklinicznych objawach, jak ułożenie ciała chorego, sposób mówienia i rozmowy, wyraz twarzy, reakcja na ból oraz na podstawie precyzyjnie zebranego wywiadu stawiał rozpoznanie. Nie przypominam sobie, żeby kiedykolwiek się pomylił.

W miarę rozwoju nauki i technologii zapotrzebowanie na tego rodzaju umiejętność malało, aż w końcu nowoczesne technologie stopniowo zaczęły zastępować tę dawną sztukę lekarską. Pojawiła się coraz bardziej precyzyjna aparatura diagnostyczna. Myślenie patofizjologiczne, którego uczył nas już prof. Jan Nielubowicz, zmniejszało znaczenie empirii w rozumowaniu klinicznym. To była wielka rewolucja, warunkująca i gwarantująca postęp.

Choroba i człowiek

Światopogląd techniczny i ekonomia rynkowa spowodowały, że współcześnie to pieniądź stał się regulatorem stosunków międzyludzkich. Urynkowanie ochrony zdrowia sprzyja rozwojowi społecznego klientelizmu, a misji lekarskiej nadaje stygmat aktu sprzedaży i kupna usług medycznych. W konsekwencji szpital staje się warsztatem reperacyjnym, bardzo grzecznie, sprawnie, dobrze i w komfortowych warunkach obsługującym swoich chorych w ramach konkurencyjnej walki o klienta – pacjenta. Od paternalizmu przez partnerstwo, formalizm przechodzi się do klientelizmu. Jednak musimy mieć świadomość, że ani sam układ paternalistyczny, ani partnerski nie są dla chorego wystarczające i nie pokrywają w całości jego oczekiwań i potrzeb. Lekarz powinien przekraczać obie te postawy i wzajemnie je sobą wzbogacać.

Obawiam się, że tok rozumowania współczesnych cywilizatorów oraz administracyjne wdrażanie ich koncepcji doprowadzi w przyszłości do sytuacji, w której kontrakt na sposób leczenia będzie sporządzany przez wyspecjalizowanego adwokata.

“

Prof. Tadeusz Tołłoczko (ur. 31.07.1929 w Warszawie) – polski lekarz, chirurg i endokrynolog, profesor, wykładowca akademicki, w latach 1990–1996 rektor Akademii Medycznej w Warszawie. Autor ponad 250 prac naukowych, wielu publicystycznych opracowań, trzech podręczników, w tym pierwszego w Polsce podręcznika chirurgii endokrynologicznej.

W dniu przechodzenia na emeryturę w 1999 r. miał największą liczbę wykonanych w Polsce operacji nadnerczy, przytarczyc i insulinoma. Był inicjatorem i wykonawcą badań doświadczalnych i klinicznych z zakresu allotransplantacji hodowanych komórek przytarczyc w leczeniu ich niedoczynności.

Współczucie

To piękna ludzka cecha, ale ordynującego lekarza obo-
wiązywać musi zasada: *Cum scientia caritas*, a więc mi-
łosierdzie oparte na wiedzy, bez najmniejszego wpły-
wu jakichkolwiek emocji na lekarskie decyzje.

Współczucie czasem wypacza tok logicznego lekar-
skiego myślenia, np. w ocenie zależności uzyskania dłu-
goterminowo lepszego wyniku od wykonania operacji
o zwiększonym ryzyku. A więc lekarz przeprowadzić musi
racjonalną, wolną od emocji, kalkulację ryzyka i zysku.

Pokora i pycha

Pycha jest najgorszym grzechem i największym prze-
stępstwem każdego myślącego człowieka, nie tylko le-
karza. Nie można być zbyt pewnym siebie. Zawsze trzeba
mieć odrobinę pokory i rozsądnej niepewności. Krytycz-
ne spojrzenie na swoje postępowanie i wiedzę jest nie-
zbędne, a potrzeba konsultacji wynika nie z braku wie-
dzy, ale z prawdopodobieństwa, że są jakieś inne wątki,
których nie dostrzegamy.

Anegdoty i refleksje

„Kulego, w sądzie kłamać nie wolno. Broń Boże. Nu pod-
kładać to czasami nawet i trzeba, bo oni bardzo dużo
wiedzą, ale czucia lekarskiego nie mają za grosz”. Myśl
przewodnia tej wypowiedzi prof. Butkiewicza wielokrot-
nie sprawdzita się w życiu oraz w dyskusjach na temat
prawa i etyki w medycynie. Prawdą jest, że wielu ety-
ków i prawników zupełnie nie zna, nie rozumie, a więc
nie wyczuwa życia szpitala i życia w szpitalu. Opierają
się jedynie na założeniach teoretycznych i wyobraźni.

Pozory

W naszej historii było wiele rzeczy pozorowanych, po-
czynając od niepodległości, demokracji, pracy, płacy.
Zadanie, jakie widzę dla współczesnej elity intelektu-
alnej naszego kraju, to walczyć z pozorami. Zwłaszcza
w pracy naukowej. Pozorowane prace naukowe to te,
które mają więcej wyników niż wartości. Przez lata za-
legają na półkach archiwów, nie są cytowane, niczego
nie wnoszą.

Bezdyskusyjna konieczność

Zajmowanie się wyłącznie technologicznymi aspektami
diagnozowania i leczenia prowadzi do pomijania proble-
mów natury egzystencjalnej, społecznej i psychologicz-
nej, które są przecież nieodłącznie związane z życiem,
zwłaszcza człowieka chorego.

Lekarz musi rozmawiać z chorym, a głównym celem
takiej rozmowy jest pozyskanie wiedzy o pacjencie i jego
chorobie, zdobycie zaufania i okazanie podmiotowości
pacjenta, jego godności i autonomii. Rozmowa lekarza
z chorym jest zadaniem bezdyskusyjnie koniecznym.

Dehumanizacja

Nasz lekarski zawód wyrósł na bazie humanizmu i w tym
związku przez wieki wspinał się rozwijał. Współcześnie



Prof. Tadeusz
Tołłoczko z żoną
Elżbietą.

mamy do czynienia z postępującą dehumanizacją. Wpraw-
dzie w Polsce nie osiągnęła ona jeszcze szczytowego punktu,
ale przyczyny ją wywołujące istnieją i skutecznie oddziałują.

Współcześnie bezideowość i dehumanizacja objęły już
wiele aspektów ludzkiego życia, wraz z ochroną zdrowia.
Zglobalizowana dehumanizacja jest z kolei następstwem
postępującej, zglobalizowanej hiperneoliberalizacji.

Jednocześnie trzeba zaznaczyć, że chorzy przyzwa-
lają na dehumanizację – w zamian za możliwość zasto-
sowania nowoczesnych procedur technologicznych,
zwiększających skuteczność diagnostyczną i leczeni-
czą. Są gotowi zrezygnować z wielu aspektów huma-
nistycznego wymiaru medycyny, gdyż chcą żyć i być
zdrowymi „za każdą cenę”.

Technologia

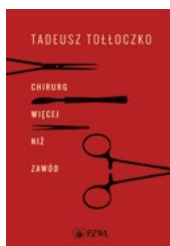
Od czasu, kiedy zaczynałem swoją praktykę, technolo-
gia bardzo się rozwinęła. Doprowadziła do ogromnego
postępu i osiągania doskonałych wyników diagnostycz-
nych. Nowe technologie będą stanowiły wyzwanie dla
lekarzy, medycyny klinicznej, władzy i społeczeństwa,
dlatego na każdym szczeblu organizacyjnym należy pa-
miętać, że chory to człowiek, który nie może być spro-
wadzony tylko do roli pacjenta.

Być dobrym lekarzem

To doskonałość moralna i doskonałość zawodowa.

Doskonałość zawodowa

Oznacza bycie maksymalnie doświadczonego i nauko-
wo obeznanego z problemami, jakimi lekarz zajmuje się
na co dzień. Wymaga olbrzymiej wiedzy, ale też intu-
icji, która zawsze jest lekarzowi potrzebna. Mówi się, że
ręka chirurga jest jak ręka artysty – musi być równa jego
myśli, bo jedno bez drugiego nie ma żadnej wartości.
Chirurgia to nie zawodowe rzemiosło, lecz twórczość. ■



„Chirurg. Więcej niż
zawód” Tadeusz Tołłoczko

BIULETYN

NR 5 (190)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, VI 2019

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 28 czerwca 2019 r.

UCHWAŁA Nr 24/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie przyznania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) w zw. z pkt. 12 załącznika nr 3 do Regulaminu przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej stanowiącego załącznik nr 1 do uchwały nr 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 1/19/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 marca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały Nr 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r. w sprawie utworzenia funduszu stypendiów dla lekarzy i lekarzy dentyistów w celu doskonalenia zawodowego oraz regulaminu przyznawania stypendiów uchwala się, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Lekarska przyznaje Stypendia Naczelnej Rady Lekarskiej lekarzom i lekarzom dentyistom wymienionym w załączniku do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 25/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej do wezwania Waldemara Dobrzyńskiego prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą „Confido” Waldemar Dobrzyński do wykonania zobowiązań wynikających

z umowy z dnia 3 listopada 2015 r. oraz umowy z dnia 21 maja 2018 r., poprzez usunięcie wad programu komputerowego tworzonego na podstawie tych umów

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Matyję oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej Grzegorza Mazura do wezwania Waldemara Dobrzyńskiego prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą „Confido” Waldemar Dobrzyński do wykonania zobowiązań wynikających z umowy z dnia 3 listopada 2015 r. oraz umowy z dnia 21 maja 2018 r., poprzez usunięcie wad programu komputerowego tworzonego na podstawie tych umów, w terminie 30 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem ich rozwiązania w trybie natychmiastowym.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 11/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie interpretacji art. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty w zakresie ustalania 5-letniego okresu niewykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyisty

Naczelna Rada Lekarska, mając świadomość problemów, jakie występują w związku z interpretacją art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty w zakresie ustalania 5-letniego okresu niewykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyisty, oraz uznając za konieczne

dokonanie interpretacji tego pojęcia w celu jednolitego stosowania przez wszystkie okręgowe rady lekarskie, przy uwzględnieniu w szczególności przepisów:

- art. 2 i 50a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.),
- art. 5 ust. 1 i 2 pkt 1, art. 6 i 12 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.),
- art. 17 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646 z późn. zm.),
- art. 25 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127),
- art. 95b ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499),
- art. 9 i 11 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1155 z późn. zm.),
- art. 157 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 52 z późn. zm.),
- art. 2 ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz. U. z 2007 r. Nr 123 poz. 849 z późn. zm.),
- art. 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2018 r. poz. 736 z późn. zm.),
- art. 11 i 323 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668 z późn. zm.),
- art. 56 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2019 r. poz. 645),
- art. 14 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270 z późn. zm.),
- art. 6 ustawy z dnia 11 września 2003 r. służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 330 z późn. zm.),
- art. 28 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2019 r. poz. 161),

– art. 28 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1313 z późn. zm.),

– art. 31 ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 147 z późn. zm.),

– art. 26 ustawy z dnia 29 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1542 z późn. zm.),

– art. 48 ustawy z dnia 24 maja 2002 r. ustawa o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu (Dz. U. z 2018 r. poz. 2387 z późn. zm.),

– ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917 z późn. zm.),

– ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1025 z późn. zm.),

zajmuje następujące stanowisko:

1. Za wykonywanie zawodu lekarza, lekarza dentystry uznaje się wykonywanie czynności zawodowych określonych w art. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w tym także stwierdzanie zgonu i wykonywanie badań pośmiertnych oraz wykonywanie funkcji biegłego sądowego z zakresu medycyny.

2. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu wykonuje czynności zawodowe określone w art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w ramach działalności leczniczej wykonywanej przez podmiot leczniczy lub inne zadania zawodowe nieobjęte działalnością leczniczą w ramach działalności innego uprawnionego podmiotu w następujących formach:

- 1) na podstawie umowy o pracę;
- 2) stosunku pracy na podstawie powołania;
- 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z podmiotem leczniczym lub innym uprawnionym podmiotem, w tym: umowy o dzieło, umowy zlecenia, umowy cywilnej z własnych pracownikiem, umowy o szkolenie;
- 4) umowy cywilnoprawnej o szkolenie;
- 5) na podstawie stosunku służbowego, powołania do służby wojskowej, w tym również poza granicami państwa lub wyznaczenia na stanowisko służbowe, jako żołnierz lub funkcjonariusz;
- 6) na warunkach stypendialnych jako uczestnik studiów podyplomowych;
- 7) na podstawie porozumienia o współpracy z podmiotem leczniczym;
- 8) na podstawie ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2019 r. poz. 688) jako wolontariusz;
- 9) jako uczestnik stacjonarnych studiów doktoranckich;
- 10) na podstawie przepisów o odbywaniu studiów lub uczestniczeniu w badaniach naukowych lub szkoleniach przez osoby niebędące obywatelami polskimi – odpowiednio w podmiocie leczniczym, wyższej uczelni medycznej, instytucji badawczej w dziedzinie nauk medycznych,

Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, Kasię Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w podmiocie uprawnionym do prowadzenia zadań z zakresu promocji zdrowia (w tym urzędach wojewódzkich, centrum promocji zdrowia jednostki samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowej prowadzącej statutową działalność w zakresie promocji zdrowia), jednostkach wojskowych, jednostkach Policji, jednostkach Straży Granicznej lub jednostkach Straży Pożarnej, jednostkach Służby Więziennej i Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu lub innych podmiotach niewymienionych w pkt 1-8 uprawnionych do zatrudniania lekarzy, lekarzy dentystrów w celu udzielania świadczeń zdrowotnych lub czynności, które są zastrzeżone dla lekarzy i lekarzy dentystrów.

3. Lekarz, lekarz dentysta posiadający prawo wykonywania zawodu może również wykonywać czynności zawodowe określone w art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jako podmiot wykonujący działalność leczniczą, wykonując praktykę zawodową jako jednoosobową działalność gospodarczą, po uzyskaniu wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską w formie:

- 1) indywidualnej praktyki lekarskiej;
- 2) indywidualnej praktyki lekarsko-dentystycznej;
- 3) indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład;
- 4) indywidualnej praktyki lekarsko-dentystycznej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład;
- 5) indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania;
- 6) indywidualnej praktyki lekarsko-dentystycznej wyłącznie w miejscu wezwania;
- 7) indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej;
- 8) indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarsko-dentystycznej;
- 9) indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład;
- 10) indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarsko-dentystycznej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład;
- 11) indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania,
- 12) indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarsko-dentystycznej wyłącznie w miejscu wezwania;
- 13) grupowej praktyki lekarskiej jako wspólnik spółki cywilnej, spółki jawnej albo partner w spółce partnerskiej.

4. Lekarz, lekarz dentysta może wykonywać czynności zawodowe, o których mowa

w art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w szczególnie uzasadnionych przypadkach, także za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

5. Ustala się, że dokumentami potwierdzającymi wykonywanie zawodu lekarza, lekarza dentystry, w formach określonych w ust. 2, są:

- 1) w przypadku stosunku pracy – umowa o pracę oraz zaświadczenie od pracodawcy o pozostawaniu w stosunku pracy albo świadectwo pracy;
- 2) w przypadku umowy cywilnoprawnej – umowa oraz zaświadczenie wydane przez podmiot, z którym jest zawarta umowa, o realizowaniu (wykonaniu) tej umowy;
- 3) w przypadku stosunku służbowego, powołania do służby lub wyznaczania na stanowisko służbowe – rozkaz komendanta jednostki organizacyjnej, jednostki wojskowej lub Ministra Obrony Narodowej albo Komendanta Głównego Policji albo Komendanta Straży Granicznej albo Komendanta Straży Pożarnej o wyznaczeniu na stanowisko;
- 4) w przypadku odbywania stacjonarnych studiów doktoranckich – zaświadczenie wydane przez uczelnię medyczną o realizowaniu studiów lub świadectwo ukończenia tych studiów;
- 5) w przypadku odbywania studiów lub uczestniczenia w badaniach naukowych lub szkoleniach przez osobę niebędącą obywatelem polskim – zgoda Ministra Zdrowia na odbywanie określonego kształcenia podyplomowego lub studiów, obejmująca czas i miejsce szkolenia oraz zasady odbywania szkolenia (jako stypendysta, na zasadach odpłatności albo bez odpłatności i świadczeń stypendialnych) oraz zaświadczenie wydane przez podmiot, który prowadzi kształcenie lub studia, o realizowaniu (zrealizowaniu) programu kształcenia lub studiów;
- 6) w przypadku umowy cywilnoprawnej zawartej przez wolontariusza z podmiotem leczniczym – umowa określająca w szczególności okres, na jaki została zawarta, miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez wolontariusza, wymiar czasu, w którym wolontariusz udziela świadczeń zdrowotnych oraz zaświadczenie wydane przez podmiot, z którym jest zawarta umowa, o realizowaniu (wykonaniu) tej umowy;
- 7) w przypadku prowadzenia praktyki lekarskiej – zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz oświadczenie lekarza, lekarza dentystry o wykonywaniu praktyki, w uzasadnionych przypadkach potwierdzone prowadzoną dokumentacją.
- 8) w uzasadnionych wypadkach okręgowa rada lekarska może przyjąć także inne niewymienione w pkt. 1-7 dokumenty potwierdzające faktyczne wykonywanie świadczeń zdrowotnych.

6. 6-letni okres niewykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, o którym mowa w art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza

dentysty, zostaje przerwany, jeżeli lekarz, lekarz dentysta przed upływem 5 lat podejmie aktywność zawodową, obejmującą udzielanie świadczeń zdrowotnych, prowadzenie prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub nauczanie zawodu lekarza, lekarza dentysty albo działania w zakresie promocji zdrowia, realizowaną faktycznie, regularnie i w formach określonych w ust. 2, nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy w wymiarze 40 godzin miesięcznie, potwierdzoną odpowiednimi dokumentami, o których mowa w ust. 5. W szczególnie uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może przyjąć inny okres i wymiar aktywności zawodowej. 7. Za przerwę w wykonywaniu zawodu uznaje się:

- 1) zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty lub
 - 2) wykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, sporadycznie (rzadko, nieregularnie) lub w znikomym wymiarze lub zakresie (w wymiarze lub zakresie bardzo małym, bez znaczenia dla utrzymania wiedzy i umiejętności praktycznych niezbędnych do właściwego i bezpiecznego wykonywania zawodu) lub
 - 3) wykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w okresie zakazu wykonywania zawodu orzeczonego tytułem środka karnego przez sąd powszechny lub
 - 4) wykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w okresie zawieszenia prawa wykonywania zawodu orzeczonego tytułem środka zapobiegawczego przez sąd powszechny lub prokuratora lub
 - 5) wykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w okresie zawieszenia prawa wykonywania zawodu orzeczonego przez sąd lekarski lub wynikającego z uchwały okręgowej rady lekarskiej.
8. Przerwy w wykonywaniu zawodu lekarza, lekarza dentysty nie stanowi wykonywanie zawodu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z przepisami prawa państwa, w którym lekarz wykonywał zawód lub prawa międzynarodowego.
9. Okręgowa rada lekarska może wezwać lekarza do przedstawienia dokumentów, w szczególności umów o pracę, związanych z nawiązaniem stosunku służbowego, świadectw pracy oraz umów cywilnoprawnych, dokumentacji medycznej lub innych dokumentów potwierdzających, że wykonywał zawód lekarza w okresie, którego dotyczy postępowanie w sprawie stwierdzenia przerwy w wykonywaniu zawodu wraz z tłumaczeniem dokumentów na język polski, dokonany przez tłumacza przysięgłego.
10. Przerwy w wykonywaniu zawodu lekarza, lekarza dentysty nie stanowi wykonywanie przez lekarza, lekarza dentystę czynności biegłego sądowego, potwierdzone wpisem na

liście biegłych sądowych oraz oświadczeniem biegłego sądowego o wykonanych opiniach.

11. Okręgowa rada lekarska, w drodze uchwały, stwierdza istnienie trwającej co najmniej 5 lat przerwy w wykonywaniu zawodu i kieruje lekarza, lekarza dentystę na przeszkolenie oraz ustala tryb, program, miejsce i okres przeszkolenia, uwzględniając dotychczasowy okres i formę wykonywania zawodu, kwalifikacje lekarza, lekarza dentysty, długość przerwy w wykonywaniu zawodu. Przeszkolenie zawodowe powinno trwać nie krócej niż 3 miesiące i nie dłużej niż 12 miesięcy. Jeżeli przerwa w wykonywaniu zawodu jest dłuższa niż 10 lat, okres przeszkolenia może być dłuższy niż 12 miesięcy. W przypadku, o którym mowa w art. 10 ust. 1 okręgowa rada lekarska kieruje lekarza, lekarza dentystę na przeszkolenie teoretyczne do odpowiedniego podmiotu lub podmiotów, a przeszkolenie powinno trwać nie krócej niż 3 miesiące i nie dłużej niż 12 miesięcy.

12. Przeszkolenie odbywa się w podmiocie wskazanym przez okręgową radę lekarską pod nadzorem lekarza lub lekarza dentysty wyznaczonego przez podmiot leczniczy na podstawie umowy o szkolenie zawartej przez lekarza z tym podmiotem z zastrzeżeniem ust. 11 zdanie czwarte.

13. Lekarz, lekarz dentysta zobowiązany przez okręgową radę lekarską do odbycia przeszkolenia, w okresie jego trwania może wykonywać zawód jedynie w miejscu odbywania przeszkolenia.

14. W razie nieusprawiedliwionego uchylania się lekarza, lekarza dentysty od odbywania przeszkolenia w okresie 3 miesięcy od podjęcia uchwały zobowiązującej lekarza, lekarza dentystę do odbycia przeszkolenia lub nieusprawiedliwionego przerwania przeszkolenia na okres dłuższy niż 3 miesiące, okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę o zawieszeniu lekarzowi, lekarzowi dentysty prawa wykonywania zawodu do czasu ustania przyczyny zawieszenia.

15. Obowiązek odbycia przeszkolenia z powodu przerwy w wykonywaniu zawodu nie dotyczy lekarza będącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, który posiada dyplom lub inne dokumenty poświadczające formalne kwalifikacje wymienione w wykazie, o którym mowa w art. 6b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, i dotychczas nie uzyskał prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

16. Lekarz, lekarz dentysta, który zaprzestał wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, może wyłącznie udzielać świadczeń zdrowotnych oraz ordynować leki w odniesieniu do swojej osoby lub osoby bliskiej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w warunkach ambulatoryjnych, a także obowiązany jest udzielać świadczeń zdrowotnych wynikających z obowiązku określonego

w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 12/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 28 czerwca 2019 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie Pana Macieja Miłkowskiego – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 7 czerwca 2019r., znak: PLO.0212.14.2019. PR, co do zasady pozytywnie ocenia projektowane zmiany, które umożliwią dostęp do bezpłatnych leków wszystkim kobietom w ciąży od momentu jej stwierdzenia, niezależnie od ścieżki poczęcia.

Naczelna Rada Lekarska zgłasza ponadto następujące uwagi szczegółowe do projektu:

1) Naczelna Rada Lekarska rekomenduje wyrażne wskazanie w projekcie ustawy, że uprawnienia do wystawiania recept z kodem uprawnień „C” na leki objęte programem uzyskają nie tylko lekarze specjaliści w dziedzinie położnictwa i ginekologii, ale także specjaliści z innych dziedzin zaangażowanych w pełnienie opieki nad kobietą ciężarną. Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że leczenie schorzeń towarzyszących ciąży, takich jak cukrzyca, bywa dużym wyzwaniem terapeutycznym i musi odbywać się w oparciu o poradnie specjalistyczne. Konieczność uzyskiwania od lekarza ginekologa/położnika recepty „C” np. po wizycie u diabetologa byłaby dla ciężarnych niepotrzebnym utrudnieniem.

2) Naczelna Rada Lekarska uważa za zasadne umożliwienie wszystkim ciężarnym chorym na cukrzycę ciążową lub przedciążową bezpłatnego dostępu do elektrod do ciągłego pomiaru glikemii. Systemy do ciągłego pomiaru glikemii, dzięki umożliwieniu ciągłego wglądu w poziom glikemii, odpowiednie ustawienie alarmów hiper/hipoglikemii w znakomity sposób wpływają na bezpieczeństwo ciąży u ciężarnej z cukrzycą, poprawiają wyniki położnicze i poprawiają komfort życia. Naczelna Rada Lekarska proponuje, aby bezpłatne elektrody do ciągłego monitorowania glikemii przysługiwały ciężarnym z cukrzycą typu 1 (z definicji leczonym insuliną) oraz ciężarnym z cukrzycą typu 2 lub cukrzycą ciążową leczonym insuliną.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 13/19/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 28 czerwca 2019 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie
ustawy o zawodach lekarza i lekarza
dentysty oraz niektórych innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (projekt z dnia 31 maja 2019 r.), o którym Minister Zdrowia poinformował w piśmie z dnia 31 maja 2019 r., znak: NSK.841.1.2019.BB, wyraża poparcie dla idei wprowadzenia zmian w kształceniu podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów. Jednakże pomimo poparcia takiego celu przyświecającego zmianom legislacyjnym proponowanym przez Ministra Zdrowia, przedstawione w projekcie ww. ustawy rozwiązania nie odpowiadają oczekiwaniom środowiska lekarzy i lekarzy dentystów wyrażonym w licznych dokumentach przyjętych przez organy Naczelnej Izby Lekarskiej, w szczególności zawartych w stanowisku Nr 4/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, opiniującym projekt przygotowany przez Zespół powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. poz. 22 i poz. 49). Samorząd lekarski oczekuje całościowej realizacji przepisów zawartych w stanowisku Nr 4/19/VIII NRL.

UWAGI OGÓLNE:

1. Przepisy dot. procedury nostryfikacji dyplomów uzyskanych przez lekarzy i lekarzy dentystów w państwie trzecim (art. 6c – 6h)

Samorząd lekarski pozytywnie ocenia propozycję, aby w odniesieniu do dyplomów lekarzy i lekarzy dentystów postępowanie nostryfikacyjne, dotychczas przeprowadzane przez uczelnie medyczne, było prowadzone przez jedną jednostkę w jednolitych zasad i trybu. Samorząd sam w przeszłości proponował, aby kompetencje w zakresie nostryfikacji dyplomów lekarza i lekarza dentysty należały do jednego podmiotu, np. do Centrum Egzaminów Medycznych albo do Ministra Zdrowia działającego na podstawie opinii powołanego przez siebie zespołu ekspertów, w skład którego powinni wchodzić m. in. przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej.

Jednakże zaproponowany w projekcie tryb nostryfikacji, która miałaby polegać tylko i wyłącznie na przeprowadzeniu jednolitego egzaminu nostryfikacyjnego w formie testu, do którego przystąpić mogłaby każda osoba, która uzyskała w państwie trzecim (tj. poza

Unią Europejską) dyplom lekarza albo lekarza dentysty – bez względu na to, jaki był program i wymiar kształcenia prowadzącego do uzyskania takiego dyplomu – jest trybem nadmiernie uproszczonym, mogącym prowadzić do uznawania za równoważne dyplomów uzyskanych po odbyciu studiów niespełniających wymaganych w Polsce i w Unii Europejskiej standardów kształcenia.

Procedura nostryfikacji nie może sprowadzać się tylko i wyłącznie do przeprowadzenia egzaminu testowego – powinna także obejmować wstępne porównanie programu odbytych w państwie trzecim studiów z obowiązującymi w Polsce standardami kształcenia dla kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, a dopuszczenie posiadacza dyplomu z państwa trzeciego do egzaminu nostryfikacyjnego w proponowanej formule powinno nastąpić dopiero po ustaleniu, że odbyte za granicą studia odpowiadają w zasadniczych elementach tym standardom. Tylko w takiej sytuacji, tj. łącznie po porównaniu programów studiów i po uzyskaniu pozytywnego wyniku egzaminu nostryfikacyjnego przeprowadzanego przez CEM, można będzie zasadnie twierdzić, że dyplom lekarza albo lekarza dentysty uzyskany w państwie trzecim potwierdza odbycie kształcenia spełniającego minimalne wymagania określone w przepisach prawa Unii Europejskiej, czyli w art. 24 dyrektywy 2005/36/WE w przypadku lekarzy i art. 34 tej dyrektywy w przypadku lekarzy dentystów. Opieranie się tylko i wyłącznie na wyniku egzaminu testowego może być zasadnie podważane.

Samorząd lekarski przypomina, że określone w tych przepisach minimalne wymagania kształcenia nie sprowadzają się tylko do ustalenia zakresu wiedzy teoretyczno-praktycznej, jaką powinien uzyskać absolwent, ale określają minimalny okres trwania studiów wyrażony w latach i godzinach nauczania obejmujących zarówno kształcenie teoretyczne, jak i praktyczne (odpowiednie doświadczenie kliniczne), a w przypadku studiów lekarsko-dentystycznych także wykaz przedmiotów, które program studiów ma obejmować.

2. Uproszczony tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE (art. 7 ust. 2a – 2k)

Zaproponowany w projekcie w art. 7 ust. 2a – 2k uproszczony tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE jest całkowicie nieuzasadniony zarówno z punktu widzenia bezpieczeństwa polskiego pacjenta, zgodności z prawem Unii Europejskiej oraz prawidłowości funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

Jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej

wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością przez osoby wykonujące zawód medyczny kierujące się zasadami etyki zawodowej.

Przepisy związane z trybem nabywania w Polsce kwalifikacji do wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty bądź uznawania kwalifikacji nabytych za granicą mają na celu zapewnienie, że osoba uzyskująca w Polsce uprawnienie do wykonywania jednego z tych zawodów daje gwarancje prawidłowego i rzetelnego wykonywania zawodu i jest właściwie przygotowana do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom zgodnie z ich ww. prawem.

Projektowane przepisy nie wskazują żadnych kryteriów weryfikacji faktycznej wiedzy i umiejętności lekarzy, wprowadzając jedynie formalne wymagania okazania dyplomu lekarza oraz dyplomu lekarza specjalisty bez odniesienia się do minimalnych wymogów, jakim musi odpowiadać szkolenie prowadzące do uzyskania takich dyplomów, oraz okazania zaświadczenia o trzyletnim doświadczeniu zawodowym jako specjalista w danej dziedzinie. Dodatkowo, z praktycznego punktu widzenia, weryfikacja przedkładanej w tym trybie dokumentacji, w szczególności dotyczącej uzyskanej specjalizacji i doświadczenia zawodowego będzie utrudniona, o ile w ogóle możliwa. Brak jest obecnie mechanizmów umożliwiających organom izb lekarskich rzetelną weryfikację dokumentów wydawanych w wielu państwach spoza UE oraz tytułów zawodowych nadawanych lekarzom w tych państwach. Częste zastrzeżenia budzi na przykład jakość kształcenia specjalizacyjnego w części państw nieunijnych, a projektowane przepisy w sposób bezkrytyczny nakazują akceptację każdego dokumentu, który będzie się określał jako dyplom specjalisty.

Samorząd lekarski zdaje sobie przy tym sprawę, że procedury związane z uznaniem kwalifikacji uzyskanych poza UE mogą być czasochłonne i wiązać się z określonymi kosztami dla wnioskujących lekarzy. Dostrzegając w tym zakresie pole do pewnego usprawnienia tych procedur, samorząd ponownie podkreśla, że nie może to skutkować zniesieniem wstępnej oceny przygotowania lekarza, który kształcił się poza UE, do wykonywania w Polsce zawodu zarówno od strony posiadanej wiedzy teoretycznej, jak i umiejętności praktycznych.

Proponowany tryb dopuszczania w Polsce do zawodów lekarza i lekarza dentysty – nawet w zakresie ograniczonym co do miejsca i czasu – osób, których kwalifikacje zawodowe nie są poddane żadnej merytorycznej ocenie, uzależniając to jedynie od odbycia praktycznego szkolenia w podmiocie, w którym lekarz ma pracować, nie podlegającego de facto żadnej kontroli zewnętrznej, jest jednocześnie niezgodny z wymogami prawa unijnego, zgodnie z którymi państwa członkowskie

UE mogą, zgodnie z własnymi przepisami, uznawać kwalifikacje zawodowe zdobyte poza terytorium UE, jednakże uznawanie tych kwalifikacji powinno być w każdym przypadku uzależnione od spełnienia minimalnych wymogów w zakresie wykształcenia, przewidzianych dla danego zawodu (motyw 10. w zw. z art. 2 ust. 2 dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych).

Wychodzenie w taki sposób, jak wskazano w uzasadnieniu projektu, „naprzeciw oczekiwaniom kierowników podmiotów leczniczych borykających się z brakiem kadry medycznej”, jest całkowicie niezasadne i jest de facto wbrew interesowi pacjentów. Jednocześnie zaś prowadzić będzie do niejasnej sytuacji prawnej lekarzy objętych tym trybem co do zakresu ich rzeczywistych uprawnień zawodowych w Polsce, zakresu ich odpowiedzialności cywilnej i zawodowej.

Należy także wskazać, że projekt nie określa, jaką formę prawną miałyby mieć „zatrudnienie” cudzoziemca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, co może wpływać m.in. na zasady ponoszenia odpowiedzialności cywilnej. Projekt nie określa także, kto może być „opiekunem” cudzoziemca podczas szkolenia praktycznego. Samorząd lekarski postuluje całkowite odstąpienie od takiego rozwiązania.

3. Tymczasowe i okazjonalne wykonywanie zawodu w Polsce przez lekarzy z innych państw członkowskich Unii Europejskiej (art. 9 ust. 2 – 14)

Samorząd lekarski negatywnie ocenia proponowane zmiany przepisów art. 9 ust. 2 – 12 w zakresie składania przez lekarza zamierzającego wykonywać w Polsce zawód tymczasowo i okazjonalnie oświadczenia oraz dokumentów określonych w art. ust. 2 pkt 1 – 4 Naczelnej Radzie Lekarskiej zamiast, jak dotychczas, okręgowej izbie lekarskiej właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu. W proponowanym rozwiązaniu Naczelna Rada Lekarska miałaby pełnić rolę pośrednika w przekazywaniu tych dokumentów właściwej lub właściwym okręgowym radom lekarskim. Takie rozwiązanie prowadzić będzie jedynie do wydłużenia całej procedury.

Jednocześnie zaś projektodawca pomija w treści składanego przez lekarza oświadczenia informację o zamierzonym miejscu wykonywania zawodu, co w praktyce uniemożliwi Naczelnej Radzie Lekarskiej przekazywanie oświadczenia i pozostałej dokumentacji właściwej okręgowej radzie lekarskiej. Jak można się domyślać, powyższe propozycje są efektem zastrzeżeń, jakie przedstawiła niedawno Komisja Europejska co do sposobu wdrożenia do prawa polskiego niektórych przepisów dyrektywy 2005/36/WE (w tzw. wezwaniu do usunięcia uchybienia nr 2018/2301).

Po pierwsze, samorząd lekarski ponownie wskazuje, że podanie przez lekarza, lekarza

dentystę organowi izby lekarskiej przewidzianego miejsca i czasu wykonywania w Polsce zawodu jest czynnością pozwalającą dokonać oceny, czy zamierzone przez lekarza wykonywanie zawodu będzie mieć charakter tymczasowy i okazjonalny, i ewentualnie uprzedzić lekarza, że zdaniem organu zamierzone przez niego wykonywanie w Polsce zawodu nie będzie mieć charakteru tymczasowości i okazjonalności, co może pomóc lekarzowi uniknąć sytuacji, w której wykonywałby w Polsce zawód bez właściwego zezwolenia (prawa wykonywania zawodu). Po drugie, w ocenie samorządu lekarskiego obowiązek składania oświadczenia o zamiarze tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu każdorazowo w okręgowej izbie lekarskiej właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu nie stanowi jakiegoś szczególnego obciążenia dla lekarzy, zwłaszcza przy obecnym stanie technologii komunikacyjnych. Niemniej, jeżeli ustawodawca, wobec brzmienia przepisu art. 7 ust. 2a dyrektywy 2005/36/WE i mając na uwadze zastrzeżenia zgłoszone przez Komisję Europejską, uzna za niezbędne wprowadzenie zmiany polegającej na wskazaniu jednej izby lekarskiej właściwej w tym zakresie dla całego terytorium kraju – analogicznie do rozwiązania przyjętego w art. 9b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – to ta izba powinna dokonywać wszystkich czynności wynikających z art. 9 ust. 2 - 14. Ponadto samorząd lekarski proponuje art. 9 ust. 14 nadać brzmienie określone w uwagach szczegółowych.

4. Zaświadczenie o odbyciu stażu podyplomowego

Z uwagi na przedmiot i zakres zmian wprowadzanych opiniowanym projektem w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, NRL proponuje dokonać zmiany także przepisów art. 15f ust. 5 oraz 15j ust 7 tej ustawy, dotyczących zaświadczenia o odbywaniu stażu podyplomowego. Zgodnie z decyzją delegowaną Komisji Europejskiej 2019/608 z dnia 16 stycznia 2019 r. opublikowaną w Dzienniku Urzędowym UE L 104/1 z dnia 15 kwietnia 2019 r. w pkt. 5.1.1 i 5.3.2 zaktualizowanego załącznika V do dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych jako jedno z dwóch zaświadczeń, które powinny towarzyszyć polskiemu dokumentem potwierdzającym posiadanie kwalifikacji lekarzy oraz lekarzy dentystów – odpowiednio dyplomowi ukończenia studiów wyższych na kierunku lekarskim z tytułem „lekarza” oraz dyplomowi ukończenia studiów wyższych na kierunku lekarsko-dentystycznym z tytułem „lekarz dentysta” – dopisane zostało zaświadczenie o ukończeniu stażu podyplomowego.

Z tego względu w celu ułatwienia absolwentom polskich uczelni medycznych wykazywania w innych państwach członkowskich, że

ukończyli staż podyplomowy zgodnie z polskimi przepisami i że posiadają towarzyszące dyplomowi zaświadczenie potwierdzające ukończenie stażu podyplomowego, co może stanowić wymóg uznania ich kwalifikacji do wykonywania zawodu, zasadne jest, aby zaświadczenie wydawane na podstawie proponowanego przepisu art. 15f ust. 4 oraz decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu w całości stażu odbytego za granicą za równoważny stażowi odbywanemu w Polsce zawierały adnotacje wskazujące, że są to właśnie zaświadczenia wymienione w przepisach prawa unijnego. To pozwoli w wielu przypadkach uniknąć wydawania dodatkowych zaświadczeń przez organy izb lekarskich.

Propozycja zmian w uwagach szczegółowych.

5. Uznawanie stażu podyplomowego odbytego za granicą za równoważny w całości albo w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej (art. 15j)

W ocenie samorządu lekarskiego niczym nieuzasadnione jest zróżnicowanie trybu uznawania stażu podyplomowego w zależności od tego, czy był on odbyty w państwie członkowskim UE, czy w tzw. państwie trzecim. W pierwszym przypadku projekt przewiduje uznawanie stażu przez Ministra Zdrowia bez konieczności zasięgnięcia opinii zespołu ekspertów, zaś w drugim przypadku po zasięgnięciu takiej opinii. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku uznanie stażu przez Ministra Zdrowia powinno następować po zasięgnięciu opinii zespołu ekspertów, w skład którego powinien wchodzić m.in. przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej. Takie rozwiązanie w obu przypadkach umożliwi Ministrowi Zdrowia prawidłowe ustalenie, że istnieją przesłanki do uznania stażu odbytego za granicą za równoważny w całości lub w części ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

6. Zwolnienie od obowiązku odbycia stażu podyplomowego i składania egzaminu LEK / LDEK

Samorząd lekarski zwracał niedawno uwagę na to, iż w ocenie samorządu zasadne jest spojrzenie na sytuację lekarzy i lekarzy dentystów posiadających dyplom polskiej uczelni, którzy po ukończeniu studiów, ale bez odbycia stażu podyplomowego i bez złożenia egzaminu LEK albo LDEK, wyjechali za granicę i tam wykonują swój zawód. Jest spora grupa takich osób, w przeważającej części obywateli polskich, które od wielu lat pracują w innych państwach Unii Europejskiej oraz w państwach nienależących do UE, mają bogate doświadczenie zawodowe i ugruntowaną pozycję, posiadają tytuły specjalistów, a obecnie wyrażają chęć pracy zawodowej w Polsce.

W obecnym stanie prawnym osoby takie, bez względu na uzyskane za granicą doświadczenie, kwalifikacje, czy stopnie i tytuły naukowe, muszą w celu uzyskania w Polsce prawa wykonywania zawodu odbyć staż

podyplomowy lub uzyskać jego uznanie przez Ministra Zdrowia i złożyć z wynikiem pozytywnym egzamin LEK albo LDEK. W przypadku takich lekarzy powyższe wymogi wydają się nie być w pełni uzasadnione i mogą być postrzegane jako nadmierna przeszkoda, powodująca, że lekarze odstępują od zamiaru powrotu do Polski. Wydaje się, że w obliczu niedoboru kadry lekarskiej w Polsce należy rozważyć możliwość zwalniania lekarzy absolwentów polskich uczelni medycznych (najczęściej obywateli polskich), którzy wykazują odpowiednio duże doświadczenie zawodowe i wysokie kwalifikacje lekarskie uzyskane za granicą, od obowiązku odbywania stażu podyplomowego (istnieje co prawda możliwość jego uznania przez Ministra Zdrowia, ale w obecnym stanie prawnym często nie prowadzi to do uznania stażu w całości) oraz składania egzaminu LEK albo LDEK. Szczegółowe zasady i warunki takiego zwolnienia powinny zostać zaproponowane przez resort zdrowia, jednakże omawiana nowelizacja takich regulacji nie zawiera, mimo że jednocześnie zawiera przepisy, które mają – i to w zbyt daleko idący sposób – ułatwić dostęp do zawodu lekarza i lekarza dentysty w Polsce cudzoziemcom spoza Unii Europejskiej.

7. Kompetencje izb lekarskich w zakresie kształcenia

W opiniowanym projekcie ustawy nie przewidziano przeniesienia kompetencji urzędów wojewódzkich na izby lekarskie, co utrudnia dostęp lekarzy i lekarzy dentystów do skutecznych metod prowadzenia swoich spraw, mnoży instytucje zajmujące się kształceniem oraz zwiększa związane z tym koszty. Izby lekarskie prowadzą sprawy lekarzy i lekarzy dentystów od momentu ukończenia studiów, bardzo dobrze realizują misję prowadzenia stażu podyplomowego oraz stają na wysokości zadania w każdym wymiarze spraw biurowych, z którymi zgłasza się lekarz lub lekarz dentysta, a także są bardzo dobrze oceniane pod kątem skuteczności i jakości obsługi. Naturalnym wydaje się prowadzenie całej administracyjnej części kształcenia podyplomowego przez samorząd lekarski, nie odbierając kompetencji jednostkom samorządu terytorialnego do prowadzenia polityki zdrowotnej regionu.

W związku z powyższym NRL proponuje powierzenie samorządowi lekarskiemu odpowiedzialności co najmniej za umiejętności jako pierwszego etapu zwiększania udziału izb lekarskich w organizowaniu kształcenia podyplomowego.

8. Wynagrodzenia kierowników specjalizacji

Zasadne jest wprowadzenie wynagrodzenia dla kierownika specjalizacji, który pełni ważną rolę w prowadzeniu kształcenia lekarza w trakcie specjalizacji (poświęca czas, edukuje i ponosi odpowiedzialność za lekarza odbywającego specjalizację). Brak takiego

wynagrodzenia będzie wiązał się z coraz większą niechęcią lekarzy specjalistów do podejmowania się roli kierownika specjalizacji. Katalog zadań przypisanych kierownikowi specjalizacji obejmuje bardzo wiele wymogów, które stanowią dla tych osób znaczne obciążenie (nie tylko czasowe), bowiem kierownik w ramach pełnionej funkcji organizuje, nadzoruje i potwierdza uzyskanie wymaganej wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych oraz kieruje lekarza na egzamin. Wynagrodzenie za pełnienie tej funkcji powinno być dodatkiem do wynagrodzenia zasadniczego za każdego specjalizującego się lekarza i stanowić de facto zapłatę za przypisaną odpowiedzialność, która spoczywa na kierowniku specjalizacji, aby dobrze wyedukować lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. Kwota 1000 zł brutto jest minimalną kwotą takiego wynagrodzenia, która nie naraża nadmiernie budżetu państwa, a jednocześnie pozwoli zachęcić lekarzy specjalistów do podejmowania się tej trudnej funkcji.

9. Regulacje dotyczące lekarzy specjalistów

W opiniowanym projekcie całkowicie pominięto regulacje dotyczące lekarzy specjalistów, co wobec projektowanych uprawnień dla lekarzy rezydentów dywersyfikuje charakter ich pracy i przysługujących w jej ramach przywilejów i obowiązków. Np. można wskazać, że zgodnie z projektowanym art. 16i ust 8 lekarz odbywając szkolenie specjalistyczne może opuścić stanowisko pracy po dyżurze w celu zrealizowania prawa do 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego wypoczynku, co nie obniża należnego mu wynagrodzenia, ale lekarz specjalista już nie ma takiego uprawnienia. Ponadto przedmiotowy projekt wymaga uzupełnienia o regulacje dotyczące ustalenia maksymalnej liczby godzin dyżuru medycznego pełnionego bez przerwy, normatywnego ustalenia reguł planowania pracy pełnionej w ramach dyżuru medycznego co najmniej nie gorszych od regulacji przewidzianych w Kodeksie pracy.

10. Współczynniki wynagrodzenia

Za niedopuszczalne i merytorycznie wadliwe należy uznać brak nowelizacji współczynników pracy w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473). Opiniowany projekt ustawy w wielu punktach nakłada nowe obowiązki i obwarowania formalno-prawne na już skrajnie przeciążonych lekarzy każdego szczebla, z czym powinien być powiązany wzrost wynagrodzeń.

11. Finansowanie kształcenia lekarzy dentystów

Projekt nie zawiera postulowanego w stanowisku Nr 4/19/VIII systemu zabezpieczającego minimalne nakłady na kształcenie podyplomowe lekarzy dentystów. Jak wielokrotnie wykazywano, środowisko stomatologiczne nie jest w stanie bez zapewnienia odpowiednich warunków finansowania szkoleń

wygenerować odpowiedniej liczby miejsc rezydentkich. Z drugiej strony, charakter zawodu zaufania publicznego lekarza dentysty zakłada obowiązek podnoszenia kwalifikacji i musi to znaleźć odzwierciedlenie w ustawie, która powinna kreować realne narzędzia do realizacji tego obowiązku. W przypadku zgłaszania niewielkiego liczbowo zapotrzebowania na miejsca rezydentkie ze strony wojewodów powinien istnieć mechanizm kierowania środków na kształcenie podyplomowe lekarzy dentystów w innych formach niż szkolenie specjalizacyjne (np. staże i kursy o zweryfikowanym przez NRL poziomie).

12. Zmiana art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Projekt nie uwzględnił propozycji zmiany art. 53 ustawy z dnia 5 grudnia 2019 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgłoszonej przez Naczelną Radę Lekarską w uchwale nr 16/19/VIII z dnia 22 marca 2019 r. Propozycja ta jest ściśle związana z kształceniem podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów, gdyż jednym z podstawowych powodów niedostatecznej liczby miejsc akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych jest fakt, iż podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w zakresie stomatologii (w przeważającej większości praktyki lekarskie) są zbyt małymi przedsiębiorstwami, aby mogły w większym niż dotąd stopniu uczestniczyć w kształceniu podyplomowym. Mało prawdopodobne jest, aby praktyka organizowała ad hoc na 3-4 lata nowe stanowisko pracy na potrzeby szkolenia specjalizacyjnego (dodatkowa przestrzeń w ambulatorium, wyposażenie, zaplecze techniczne, liczba stałych pacjentów). To dodatkowe stanowisko w praktyce dentystycznej musi być już utworzone wcześniej i odpowiednim do tego bodźcem byłoby uprawnienie praktyk do zatrudniania jednego stałego współpracownika. Propozycja zmiany brzmienia art. 53 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty została zawarta w uwagach szczegółowych (część I pkt 132).

13. Akty wykonawcze

Brak projektów rozporządzeń do zmienianych przepisów ustawy nie pozwala na pełną i rzetelną ocenę projektowanych rozwiązań.

14. Eksperyment medyczny

Szczegółowe uwagi dotyczące przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie eksperymentu medycznego (art. 1 pkt 56-60 projektu) są zawarte w załączniku do niniejszego stanowiska.

UWAGI SZCZEGÓŁOWE:

Uwagi szczegółowe zawarte w niniejszym stanowisku są dostępne na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Polska transplantologia jest w połowie stawki

Z prof. Piotrem Przybyłowskim, prezesem Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

W jakiej kondycji jest polska transplantologia?

Wskaźnikami obrazującymi aktywność transplantacyjną jest liczba pobrań i liczba przeszczepień na milion mieszkańców. W tym zestawieniu Polska znajduje się w połowie stawki w statystykach europejskich, co jest dalekie od ideału. Na przeszczepienie narządów ciągle oczekuje ponad 1900 osób i lista ta wciąż się wydłuża. W odniesieniu do poszczególnych narządów sytuacja nie jest jednorodna i choć z satysfakcją należy podkreślić, że w ostatnim roku przeszczepiliśmy 147 serc, co jest najlepszym wynikiem w historii, to biorąc pod uwagę epidemiologię krajowej niewydolności serca i dane europejskie, powinniśmy przeszczepiać ok. 10 serc na milion mieszkańców, co oznacza, że liczba przeszczepień w Polsce powinna kształtować się w granicach 360-370 rocznie. Obszarem, w którym także musimy gonić Europę i świat, to odsetek przeszczepień od dawców żywych. Daleko nam do wskaźników przekraczających 30 proc., którymi mogą poszczycić się kraje skandynawskie czy USA. W Polsce to zaledwie 3 proc.

Dlaczego tak się dzieje?

Współczesna medycyna stwarza możliwość ratowania życia w wielu ostrych stanach i zapewnia czasowe podtrzymanie podstawowych czynności niewydolnych narządów. Obecnie dializujemy wszystkich pacjentów wymagających leczenia nerkozastępczego. Rozwój nowoczesnej intensywnej terapii ratuje życie, ale jednocześnie na skutek chorób pierwotnych rośnie grupa osób z niewydolnością nerek, wątroby czy serca. Najlepszym przykładem są zawały serca i ostre zespoły wieńcowe, w których dostępność do leczenia metodami kardiologii inwazyjnej i kardiochirurgii jest porównywalna z najlepszymi krajami na świecie. Niestety, nie potrafimy powstrzymać u chorych procesu tzw. remodelingu pozawałowego, który doprowadza do powstania niewydolności serca. Nowoczesna kardiochirurgia



Możliwość potwierdzenia sprzeciwu zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej w obecności dwóch dorosłych świadków powoduje, że w Polsce każde pobranie odbywa się po rozmowie z rodziną.

daje możliwości korekcji wielu dotychczas śmiertelnych wad serca, ale w okresie długotrwałym nie chroni przed niewydolnością tego narządu. Dlatego lista oczekujących na przeszczepienie serca stale się wydłuża i jest to trend ogólnoswiatowy.

Kiedy zachodzi konieczność retransplantacji?

Ostre i przewlekłe odrzucenia są nieodłączne w naturalnym przebiegu po przeszczepieniu narządów i komórek. Wprowadzane kolejne generacje leków immunosupresyjnych spowodowały znaczne wydłużenie przeżycia biorców, ale nie mają one zdolności zahamowania powolnej destrukcji przeszczepionego narządu. Dotąd nie udało się wprowadzić metody przeszczepienia, która eliminowałaby przewlekły proces odrzucania. Obecnie długoletnie, sięgające ponad 20 lat przeżycia zdarzają się w przypadku wszystkich narządów unaczynionych. Z czasem jednak pojawia się niewydolność przeszczepionego narządu i konieczność rozważenia retransplantacji. Szczególnie w grupie osób, u których dokonano przeszczepienia w dzieciństwie lub młodym wieku.





Prof. Piotr
Przybyłowski

Należy również podkreślić ogromne znaczenie prawidłowej opieki po przeszczepieniu, nacelowanej na eliminację najważniejszych przyczyn niepowodzeń, które w naszym potocznym żargonie nazywamy „czterema wiedzmi”. Są to: zakażenia, odrzucanie, nowotwory i powikłania sercowo-naczyniowe. Prawidłowo prowadzona kontrola, obejmująca profilaktykę, monitorowanie poziomu leków, minimalizację zakażeń, w tym zwłaszcza wirusem cytomegalii, dają szansę jak najdłuższego przeżycia przeszczepu pierwotnego i uniknięcia retransplantacji.

❗ Czy coś zmieniło się w immunosupresji?

Niestety, od kilku lat nie pojawiła się na horyzoncie cząsteczką, która wniosłaby nowe standardy do leczenia immunosupresyjnego. Nie należy zatem liczyć na nowy lek immunosupresyjny pozbawiony działań niepożądanych, wśród których prym wiodą nefrotoksyczność i zaburzenia metaboliczne. Główny wysiłek badaczy jest obecnie skierowany na stworzenie metod doprowadzających do himeryzmu komórkowego, czyli tworzenia stanu tolerancji, w którym komórki gospodarza nie będą identyfikowały komórek przeszczepu jako obcych.

❗ Wciąż mówi się o ograniczeniach w refundacji kosztownych procedur.

Na szczęście w transplantologii nigdy czynnik ekonomiczny – co jest godne podkreślenia – nie był przeszkodą w rozwijaniu tej dziedziny. Zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i NFZ finansowały każde zgłoszone przeszczepienie. Tematem, o którym musimy dyskutować z płatnikami, jest poziom wyceny procedur transplantacyjnych, niezmienny od wielu lat. Rosnąca kosztochłonność procesów medycznych absolutnie nakazuje nam skorygowanie wyceny tych świadczeń. Po wprowadzeniu systemu ryczałtowego wiele ośrodków, zwłaszcza tych, które wykonują dużo przeszczepień, znalazło się w trudnej

sytuacji z powodu narastających wydatków uszczuplających roczne budżety szpitali. Idealnym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie procedur transplantacyjnych do katalogu świadczeń odrębnie finansowanych.

❗ Barięą zawsze były też rozmowy z rodzinami zmarłych w celu uzyskania zgody na pobranie narządów...

Brak zarejestrowanego sprzeciwu, będącego podstawą możliwości pobrania narządów po śmierci, jest ze względu na konstrukcję zapisów prawnych przepisem ułomnym. Możliwość potwierdzenia sprzeciwu zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej w obecności dwóch dorosłych świadków powoduje, że w Polsce każde pobranie odbywa się po rozmowie z rodziną. Odejście bliskiego człowieka zawsze wiąże się z przykrymi doznaniem, więc konieczność podjęcia rozmowy o stwierdzeniu śmierci mózgu i możliwości ewentualnego pobrania narządów jest dla lekarza bardzo trudna. W mojej ocenie istotnym elementem jest zmiana systemu pracy w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii opartego na umowach cywilnoprawnych. Często lekarze dyżurni to osoby niepracujące stale w danej jednostce, a tylko pełniący dyżury. Nawał pracy i konieczność oddelegowania jednej osoby do opieki nad dawcą i działań formalnych bywa, w moim przekonaniu, istotną przeszkodą.

❗ Dokąd zmierza leczenie przeszczepianiem?

W dwóch podstawowych kierunkach – bezpośredniego zastąpienia uszkodzonego narządu i rozwijania medycyny regeneracyjnej. Jednym słowem chodzi o technologie, które pozwolą zregenerować dany organ albo stworzyć jego biologiczną protezę – wyhodowaną lub wydrukowaną w 3D, i to nie jest science fiction.

❗ A kontakty ze światem?

PTT należy do Unii Towarzystw Transplantacyjnych, jest członkiem ESOT (European Society of Organ Transplantation), nasi koledzy i koleżanki zasiadają we władzach międzynarodowych towarzystw, radach programowych czasopism, mamy więc stały przepływ informacji dotyczących funkcjonowania programów transplantacyjnych na świecie. Uwzględniając polskie realia, implementujemy europejskie i amerykańskie zalecenia dotyczące leczenia chorych po przeszczepieniu. Czynimy tak, ponieważ powstają one na podstawie analizy bardzo dużych populacji, znacznie przekraczających liczbę osób po przeszczepieniach w Polsce. ■

4 WIEDZMY

zakażenia,
odrzucanie,
nowotwory
i powikłania
sercowo-
naczyniowe.

“

W Polsce jest 434 transplantologów. Wywodzą się oni z kardiologii, torakochirurgii, urologii, okulistyki, hematologii, chirurgii naczyniowej. Lekarze, którzy swoją drogę zawodową związali z przeszczepianiem narządów, musieli zdać egzamin państwowy z transplantologii klinicznej.



ARTUR
DROBNIAK

zastępca sekretarza NRL

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Kto zapłaci za nieubezpieczonego cudzoziemca?

W wakacje upłynął rok od wydania apelu Prezydium NRL w sprawie rozwiązania problemu zadłużania się polskich świadczeniodawców w związku z pomocą udzielaną nieubezpieczonym cudzoziemcom. Decydenci, do których kierowana była prośba o jak najszybsze podjęcie kroków mających ograniczyć ten proceder, nie uczynili w tej kwestii... nic.

Co więcej, po zaangażowaniu się przedstawicieli PNRL w ten problem, uzyskano bagatelizujące odpowiedzi. Pozwólcie, drodzy Czytelnicy, że przedstawię sytuację krok po kroku.

ALARM Z TERENU

W związku z dochodzącymi oddolnie sygnałami ze szpitali dotyczącymi problemu zapłaty za pomoc medyczną udzieloną nieubezpieczonemu obcokrajowcowi, wspólnie z prezesem NRL podjęliśmy działania, by uzyskać informacje na temat skali tego zjawiska. Przesłano listy do każdego świadczeniodawcy w Polsce z prośbą o określenie kosztów, jakie zostały poniesione w okresie od stycznia 2017 r. do czerwca 2018 r. za te świadczenia, za które nie uzyskano refundacji.

Wpłynęły odpowiedzi z 11 okręgowych izb lekarskich, od 192

świadczeniodawców, a wyniki przerosły nasze wcześniejsze przypuszczenia. Według pozyskanych danych łączny koszt wykonanych świadczeń, za które nie uzyskano zwrotu, wynosi 12 mln 436 tys. zł. Najliczniejszą grupę nieubezpieczonych cudzoziemców, od których nie uzyskano refundacji kosztów leczenia, stanowią Ukraińcy i Białorusini, rzadko są to obywatele krajów arabskich czy Ameryki Północnej.

Największe straty poniosły placówki w woj. mazowieckim (to z tego regionu najwięcej świadczeniodawców odpowiedziało na pismo samorządu, było ich 40) – ponad 5 mln 790 tys. zł. Jak wysokie są koszty w ujęciu ogólnopolskim? Trudno jednoznacznie określić, ale biorąc pod uwagę fakt, że na list prezesa NRL odpowiedziało 25 proc. świadczeniodawców, koszty te niewątpliwie można przynajmniej podwoić.

BADANIE

Przesłano listy do każdego świadczeniodawcy w Polsce z prośbą o określenie kosztów, jakie zostały poniesione w okresie od stycznia 2017 r. do czerwca 2018 r. za te świadczenia, za które nie uzyskano refundacji.

NIEUREGULOWANY RACHUNEK

Świadczeniodawcy zwracali uwagę, że skala zjawiska z roku na rok narasta, a sami nie mają żadnego wsparcia i odpowiedzi ze strony NFZ czy oficjalnych przedstawicieli państw, których obywateli leczyli. Wydawać by się mogło, że „wyciekanie” tak dużych środków z zadłużonego systemu opieki zdrowotnej powinno być dokładnie zanalizowane przez instytucje związane z systemem. Tymczasem jak wiarygodne są dane NFZ na ten temat? Poniższe przykłady dadzą Państwu odpowiedź.

Na zapytanie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie w tej sprawie tamtejszy oddział wojewódzki NFZ podał kwotę za okres od stycznia 2017 r. do czerwca 2018 r. w wysokości... 30 tys. 783 zł. Na zapytanie Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu OW NFZ nie był w stanie podać kwoty straty poniesionej przez



“

Zasugerowano nam, by lobbować za zmianami legislacyjnymi pozwalającymi na wpisanie nieubezpieczonych lub niepłacących za świadczenia medyczne cudzoziemców do Wykazu Osób Niepożądanych.

świadczeniodawców za tego typu świadczenia, tłumacząc się brakiem danych. Jak wiarygodna jest kwota podana przez krakowski oddział NFZ, świadczą chociażby koszty poniesione przez niewielkie placówki: szpital w Legnicy – ok. 250 tys. zł, czy szpital w Sochaczewie – ok. 170 tys. zł. Dyrekcja Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie szacuje swoje straty na minimum 70 tys. zł rocznie.

POMOC Z MSZ I OD STRAŻY GRANICZNEJ

Jedynym ministerstwem, które odpowiedziało na ubiegłoroczny apel Prezydium NRL, było, co ciekawe, nie Ministerstwo Zdrowia, ale Ministerstwo Spraw Zagranicznych. W MSZ odbyło się nawet spotkanie urzędników tego resortu z przedstawicielami Prezydium NRL oraz Straży Granicznej. Według MSZ jego rola może ograniczyć się jedynie do przekazania informacji o nierzetelnych ubezpieczycielach do konsulatów i ambasad. Dane te zostały zebrane przez Naczelną Izbę Lekarską i dostarczone do tego resortu. Pozostaje nam podziękować MSZ za dobrą wolę i oczekiwać na pierwsze,

nawet jeśli niewielkie, efekty.

Znacznie ciekawsze rozwiązania zaproponowali przedstawiciele Straży Granicznej, dla których problem polskich świadczeniodawców w związku z udzielaniem pomocy nieubezpieczanym cudzoziemcom i kosztami z tym związanymi wydał się od razu bardzo istotny. Przedstawiciele SG uznali, że zawsze najważniejsze i najsukursowniejsze są działania prewencyjne, dlatego zasugerowano nam, by lobbować za zmianami legislacyjnymi pozwalającymi na wpisanie nieubezpieczonych lub niepłacących za świadczenia medyczne cudzoziemców do Wykazu Osób Niepożądanych. Osoby, które znalazły się na tej liście, nie mogą wjechać na terytorium RP oraz państw członkowskich UE przez 5 lat. Decyzja o zmianie w ustawie o cudzoziemcach pozostaje jednak w rękach władzy ustawodawczej, czyli w tym przypadku tę inicjatywę mogłoby zapoczątkować Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji lub MZ.

W ramach dalszej współpracy z SG zostałem zaproszony do prowadzenia wykładów dla wysokich

przedstawicieli Straży Granicznej strony ukraińskiej w ramach warsztatów, które odbywali w czerwcu w Polsce. Niestety, przedstawione przez nich informacje nie rokuja optymistycznie. Na Ukrainie co tydzień powstaje kilka nowych firm oferujących ubezpieczenia zdrowotne, które potem ich nie wypłacają i zamykają swą działalność, dlatego najlepiej, gdyby cudzoziemcy zawierali ubezpieczenia zdrowotne u polskich ubezpieczycieli.

MZ UMYWA RĘCE, ALE POMAGAĆ TRZEBA

Próbując doprowadzić do szczęśliwego dla polskich świadczeniodawców rozwiązania, prezes NRL zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wprowadzenie prewencyjnych, zaproponowanych przez Straż Graniczną zmian w prawie. Odpowiedź resortu niezmiernie zaskoczyła zaangażowanych w ten problem.

Można z niej wnioskować, że problemy polskich świadczeniodawców i straty finansowe ponoszone w związku z pomocą udzielaną nieubezpieczonym cudzoziemcom, które często stanowią znaczny

10 sierpnia 2018 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, dostrzegając, w szczególności w lecznictwie szpitalnym, od lat nierozwiązany i wciąż narastający problem nieuiszczania kosztów niezbędnej pomocy medycznej udzielanej przez polskie placówki ochrony zdrowia cudzoziemcom przebywającym na terytorium Polski, zwróciło się z apelem do Ministra Zdrowia, Ministra Spraw Zagranicznych oraz Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji o podjęcie skoordynowanych działań mających na celu ograniczenie negatywnych skutków z tym związanych, które obecnie w całości obciążają poszczególne podmioty lecznicze. „W sytuacji, gdy cudzoziemiec nie posiada środków na pokrycie kosztów leczenia i nie posiada ważnego ubezpieczenia kosztów leczenia, uzyskanie zapłaty jest najczęściej niemożliwe, a dochodzenie tych roszczeń na drodze sądowej jest nieskuteczne. Z tego względu wiele polskich szpitali ponosi znaczące straty, które musi pokrywać ze środków własnych. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej taki stan rzeczy jest nie do zaakceptowania i musi zostać zmieniony w trybie pilnym” – napisano w apelu PNRL (pełna treść tego dokumentu na www.nil.org.pl).

odsetek budżetu placówki medycznej, nie mają dla decydentów większego znaczenia.

Skoro dostrzegając problem, lekarze własnymi siłami, czyli siłami samorządu lekarskiego, próbowali znaleźć rozwiązanie i uzdrowienie części niewydolnego systemu opieki zdrowotnej, a spotkali się z niezrozumieniem i odrzuceniem, to tylko pokazuje, jak patologiczna jest metodyka działań NFZ czy MZ.

W imieniu lekarzy z pierwszej linii frontu, którzy stykają się z problemem leczenia cudzoziemców w izbach przyjęć, SOR-ach czy na salach operacyjnych apeluję, byśmy stosowali się do Kodeksu Etyki Lekarskiej, którego zapisy pozwolą sobie zacytować:

• Art. 2.

1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.
2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

• Art. 3.

Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie,

przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania.

Naszą rolą, zgodnie z tymi zapisami, jest pomagać pacjentom niezależnie od wszystkiego. Jeśli dyrekcje placówek będą nas nękać w tych kwestiach, stosując różne nakazy i zakazy niepozwalające udzielać ludziom pomocy, odwołajcie się, Koleżanki i Koledzy, do tych dwóch fragmentów KEL oraz do działań podjętych w tej kwestii przez samorząd lekarski. Niech dyrekcje szpitali nieprzerwanie zwracają się do MZ i NFZ, by dostrzeżono, że problem jest i będzie coraz większy, a odpowiedzialność za brak rozwiązań tej kwestii spoczywa właśnie na dyrekcji placówek oraz decydentach ze strony rządowej. ■

5,79 MLN ZŁ

- co najmniej takie straty (od stycznia 2017 r. do czerwca 2018 r.) poniosły placówki w woj. mazowieckim w związku z leczeniem nieubezpieczonych cudzoziemców.



Wnioski z badania przeprowadzonego przez autora artykułu:

- Świadczeniodawcy w Polsce poprzez udzielanie nieopłacanych świadczeń cudzoziemcom tracą szacunkowo ponad 25 mln zł rocznie.
- Nikt nie posiada wiarygodnych danych na temat skali i rozlokowania traconych pieniędzy.
- Brakuje ogólnie stworzonego mechanizmu finansowania dziury budżetowej powstającej u świadczeniodawców.
- Brakuje alternatywy w sposobach roszczenia o odzyskanie środków.
- Co roku problem się pogłębia, z uwagi na wzrastającą liczbę cudzoziemców korzystających z pomocy medycznej i ciągle rosnące koszty ich funkcjonowania.

Zalecane rozwiązania:

- Legislacja umożliwiająca wprowadzenie wpisu do Wykazu Osób Niepożądanych cudzoziemców nieopłacających świadczeń zdrowotnych udzielonych przez polskich świadczeniodawców, niezależnie czy osobiście, czy przez ubezpieczyciela. Wprowadzenie tego zapisu doprowadzi do sytuacji braku możliwości wjazdu na terytorium RP dla takich cudzoziemców.
- Stworzenie unikalnego na skalę europejską Funduszu Obsługi Cudzoziemców, na który środki łożyliby darczyńcy oraz przedstawiciele państw, których obywatelom jest udzielana pomoc medyczna, a który wypacałby środki świadczeniodawcom po złożeniu przez nich wniosku o refundację leczenia nieubezpieczonych cudzoziemców.
- Stworzenie wielojęzycznej listy „WIARYGODNYCH UBEZPIECZYCIELI”, która wręczana byłaby na granicy każdemu przekraczającemu granicę obcokrajowcowi spoza strefy Schengen z notką o najbliższych oddziałach i stronach www.

Niezalecane rozwiązania:

- Stworzenie algorytmu postępowania przez świadczeniodawców z cudzoziemcami, umożliwiającym ograniczenie strat finansowych z tego tytułu. Wprowadzenie odpowiedniego algorytmu doprowadzi do nieudzielania świadczeń większości osób, którym obecnie są one udzielane, jednakże często wbrew zapisom Kodeksu Etyki Lekarskiej!

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Komentują, podpowiadają, podsumowują

ZEBRAŁA **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ**ANDRZEJ MATYJA**

prezes NRL

Problem istnieje nie tylko z punktu widzenia egzekwowania prawa, przepisów, obciążeń finansowych dla szpitali, ale codziennej praktyki lekarskiej. Należy zatem rozpatrywać różne jego aspekty. Wjeżdża do naszego kraju obywatel spoza Unii Europejskiej i korzysta z polskiego leczenia nie tylko w stanach tzw. ostrych, kiedy w grę wchodzi ratowanie życia, ale także w sytuacji planowych zabiegów, wychodząc z założenia, że tu są większe możliwości nowoczesnego leczenia, diagnostyki, kontaktu z wysoko wyspecjalizowanymi

lekarzami i..., że można uniknąć płacenia. Szpital niczego nie podejrzewa, ponieważ przedstawiana jest polisa ubezpieczeniowa, proponowane są też różne inne formy płatności za udzielone świadczenia. Później okazuje się, że polisa jest nieważna, ubezpieczyciel niewiarygodny, a pacjenta trudno zlokalizować, by wyegzekwować od niego należną kwotę.

Rozwiązywanie tych problemów nie jest rolą lekarzy i administracji szpitali, ani nie jest domeną samorządowej działalności, ale każdy z nas ma na co dzień bezpośredni kontakt z takimi uciążliwymi sytuacjami. Dlatego Prezydium NRL przyjęło apel, aby odpowiednie organy administracji państwowej zajęły się sprawą i zareagowały, ponieważ problem będzie narastał i nie chodzi już o małe kwoty. ■

W szpitalu, którym kieruję, skala problemu, jeśli chodzi o ściąganie od cudzoziemców opłat za leczenie, nie jest tak duża. To są koszty rzędu kilkudziesięciu tys. zł rocznie. Niepokojące jest jednak to, że przy utrzymującej się liczbie takich pacjentów kwota ta ciągle wzrasta, ponieważ są wprowadzane coraz to nowsze, bardziej skuteczne, ale też droższe procedury ratujące zdrowie i życie. W ostatnim roku w stosunku do lat poprzednich kwota ta wzrosła o 20 proc. Jak wynika z informacji Straży Granicznej, przy wjeździe do Polski wymagany jest dowód ubezpieczenia zdrowotnego. Nie mam więc powodu sądzić, że

chory z zagranicy nie ma takiego dokumentu, zresztą najczęściej w trakcie leczenia go przedkłada. Jednak firmy, w których się ubezpieczają obcokrajowcy, często nie chcą płacić za ich leczenie w Polsce, a przykładowo Konsulat Ukrainy w żaden sposób nie poczuwa się do odpowiedzialności za swoich obywateli, z tej strony nie można więc liczyć na pomoc. Należy jednak podkreślić, że to nie dotyczy wyłącznie przyjeżdżających z Ukrainy. Wśród nich są także obywatele innych państw. Wprawdzie prawo w tym zakresie jest ustanowione, rzecz w tym, że trudno je egzekwować. Gdyby przy każdym następnym wjeździe do Polski pacjent z obcego kraju musiał uregulować należność za leczenie, inaczej nie miałby prawa przekroczenia granicy, nie byłoby takich strat dla szpitali. Kluczem jest zatem przestrzeganie obowiązującego prawa. Powinno być jasno określone, do kogo szpital ma zgłosić takie zdarzenie. ■

**JERZY FRIEDIGER**

członek Prezydium NRL



**POR. AGNIESZKA
GOLIAS**

rzecznik prasowy
Komendanta Głównego
Straży Granicznej

21

lutego 2019 r. w Ministerstwie Spraw Zagranicznych odbyło się spotkanie przedstawicieli naszego resortu, Naczelnicy Izby Lekarskiej i Komendy Głównej Straży Granicznej w sprawie kosztów poniesionych przez podmioty lecznicze za leczenie nieubezpieczonych cudzoziemców. Przedstawiciele Straży Granicznej zaproponowali rozwiązanie, które mogłoby mieć charakter prewencyjny i znacznie ograniczyć przyjazdy do Polski nieubezpieczonych cudzoziemców w celu uzyskania świadczenia medycznego, a miałyby zmienić w ustawie z dnia

12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Ustawodawca mógłby dodać do katalogu przesłanek stanowiących podstawę do umieszczenia danych cudzoziemca w „Wykazie cudzoziemców, których pobyt na terytorium RP jest niepożądany” (art. 435 ustawy) przesłankę wskazującą na zaległości finansowe powstałe wskutek nieuiszczenia należności za wykonane świadczenie medyczne, co uniemożliwiłoby cudzoziemcowi zalegającemu z takimi płatnościami wjazd do Polski, np. przez określony okres czasu lub do momentu uiszczenia należności. Takie rozwiązanie wiąże się także z rozszerzeniem katalogu organów uprawnionych do wystąpienia z wnioskiem do Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców o umieszczenie danych cudzoziemca w „Wykazie (...)”, wskazując np. Ministra Zdrowia (art. 440 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach). ■

MINISTERSTWO ZDROWIA

O komentarz poprosiliśmy również przedstawiciela resortu zdrowia, do dnia druku nie otrzymaliśmy odpowiedzi. Zamieszczamy zatem pismo z 23 marca 2019 r., które przesłano do Prezesa NRL, prof. Andrzeja Matyja.

Szanowny Panie Prezesie,
W nawiązaniu do pisma z 22.02.2019 r. (NRL/366/MS/19) uprzejmie dziękuję za zaangażowanie Naczelnicy Rady Lekarskiej na rzecz ograniczenia problemu kosztów finansowych generowanych po stronie podmiotów leczniczych, z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nieubezpieczonym cudzoziemcom, w szczególności za podjęcie działań w celu ustalenia

nierzetelnych zakładów ubezpieczeń wystawiających polisy cudzoziemcom przybywającym do Polski.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w opinii Ministerstwa Zdrowia działania zaproponowane w pkt 2. pisma Pana Prezesa mogą nasuwać wątpliwości z punktu widzenia ich proporcjonalności w stosunku do zamierzonego celu, jak również pod względem ich dopuszczalności w świetle przepisów Unii Europejskiej, regulujących funkcjonowanie strefy Schengen.

Niezależnie od powyższego pismo to zostało przekazane do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, z prośbą o przeanalizowanie możliwości wprowadzenia zaproponowanych rozwiązań, jak również o rozważenie podjęcia innych działań, które mogłyby przyczynić się do zmniejszenia liczby przypadków pobytu na terenie Polski osób nieposiadających odpowiedniego ubezpieczenia medycznego.

Z poważaniem,
Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu

Komunikat Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,

Zapraszamy wszystkich członków oraz organy izb lekarskich do zgłaszania kandydatur osób, które w szczególny sposób zasłużyły się dla samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów oraz w Państwa ocenie zasługują na Odznaczenie *Meritus Pro Medicis*.

Zgodnie z Regulaminem nadawania Odznaczenia *Meritus Pro Medicis*, przyjętym na podstawie uchwały 15/18/VIII z 9 listopada 2018 r., Odznaczenie może być przyznane co roku łącznie i maksymalnie dziesięciu lekarzom i lekarzom dentyistom lub innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Kolejne odznaczenia *Meritus Pro Medicis* Kapituła Odznaczenia planuje przyznać na posiedzeniu w dniu 17 października 2019 r.

Wzory dokumentów niezbędnych do złożenia wniosku o przyznanie Odznaczenia *Meritus Pro Medicis* (wnioski oraz list promocyjny) można pobrać na stronie Naczelnicy Izby Lekarskiej poświęconej działalności Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis (zakładka „dokumenty”).

Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres: Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa z dopiskiem na kopercie *Meritus Pro Medicis* lub na adres poczty elektronicznej a.seweryniak@hipokrates.org w terminie do **2 października 2019 r.**

Dr hab. n. med. Andrzej Wojnar
Kancelarz Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis

POLACY NA ARENIE MIĘDZYNARODOWEJ

Okulistyczne Oscary

Amerykańskie Towarzystwo Szklisko-Siatkówkowe (ASRS) przyznało doroczne Nagrody Rhett Buckler Award, czyli tzw. okulistyczne Oscary, za najlepsze filmy naukowo-dydaktyczne dotyczące najbardziej nowatorskich metod diagnozowania i leczenia chorób narządu wzroku.

Laureatami tej nagrody zostali prof. Jerzy Nawrocki, a także prof. Zofia Michalewska wraz z dr. n. med. Zofią Nawrocką z Łodzi. W kolekcji łódzkich lekarzy jest już 11 takich statuetek.



Prof. Jerzy Nawrocki i prof. Zofia Michalewska

“

Po raz pierwszy w historii polscy okuliści zdobyli dwie prestiżowe nagrody w jednym roku.

Prof. Jerzy Nawrocki zaprezentował film przedstawiający opracowaną przez siebie technikę leczenia rzadkiej wady genetycznej, jaką jest dołek rozwojowy tarczy nerwu wzrokowego. Prof. Zofia Michalewska zademonstrowała film poświęcony powtórny operacjom otworów w płamce. Wśród mnogości filmów naukowo-dydaktycznych powstających w medycynie bardzo trudno

się wyróżnić. Międzynarodowe jury ocenia w nich bowiem nie tylko innowacyjność zastosowanej metody diagnozowania bądź leczenia, a więc jego zawartość merytoryczną, m.in. nowość w aspekcie diagnostycznym bądź terapeutycznym, ale też jakość techniczną, udźwiękowienie czy wartość akcji. Zatem tworząc tego rodzaju materiał, niezbędna jest jego wnikliwa selekcja. Z blisko dwóch godzin nagrań wykonanych podczas różnego rodzaju zabiegów operacyjnych, trzeba stworzyć film trwający 7 minut, który musi zainteresować odbiorców, w tym wypadku chirurgów siatkówkowych. Ciekawostką jest, że po raz pierwszy w historii polscy okuliści zdobyli te dwie prestiżowe nagrody w jednym roku. ■

Krakowscy kardiologowie pomogą Ukrainie

Prof. Dariusz Dudek, kardiolog z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, przewodniczący Rady Instytutu Kardiologii oraz ordynator II Kliniki Kardiologii i Interwencji Sercowo-Naczyniowych, opracował projekt pierwszej hybrydowej sali operacyjnej we Lwowie, której otwarcie zaplanowano jeszcze w tym roku.

Koncepcja zrodziła się podczas II Polsko-Ukraińskiej Konferencji Medycznej pod hasłem „Choroby serca

i naczyń w 2019 r.”, która odbyła się w maju w szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie. Uczestniczyło w niej ponad stu lekarzy i pracowników medycznych z Ukrainy, którzy zapoznali się z nowatorskimi metodami leczenia chorób serca i naczyń, wynikami najnowszych badań w tej dziedzinie, a także praktykami rozpoznawania, leczenia i profilaktyki schorzeń o podłożu kardiologicznym.

Mychajło Hyczka, dyrektor lwowskiego Obwodowego Szpitala Klinicznego, największej placówki

w mieście, gdzie ma powstać nowa sala operacyjna, zadeklarował współpracę polsko-ukraińską. – To zapowiedź nowego rozdziału w przeprowadzaniu zabiegów kardiologicznych i kardiochirurgicznych, dzięki nowoczesnym technikom, staną się one mniej inwazyjne i obciążające dla pacjentów – podkreślił prof. Dariusz Dudek. Dyrekcja szpitala we Lwowie zajmie się przygotowaniem powierzchni i przeprowadzeniem remontów. O zakupienie sprzętu oraz szkolnie kadr zadba strona polska. ■

ELEKTROFIZJOLOGIA

Co dziś jest tu, gdzie prof. Religa przeszczepił pierwsze serce?



W Polsce działa 90 pracowni elektroterapii, w których pracuje 400 elektrofizjologów.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

W Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze niedawno uruchomiono kolejną nową pracownię elektrofizjologii i stymulacji serca. Jest ona usytuowana w miejscu, w którym prof. Zbigniew Religa wraz z zespołem kardiochirurgów przeprowadzał pierwsze udane transplantacje serca. Po tamtej historycznej scenerii pozostała ciemnozielona terakota i... oczywiście duch profesora.

Z WYSOKIEGO C

Pracownia wyposażona jest w bardzo nowoczesny sprzęt, znajdują się tu m.in. angiograf pozwalający na przeprowadzanie najtrudniejszych zabiegów z zakresu elektroterapii, w tym procedur hybrydowych z zabezpieczeniem kardiochirurgicznym czy najnowszej generacji systemy monitorowania serca w 3D, które można ściśle dopasować do specyficznych potrzeb danych zabiegów,

dzięki czemu są one bardziej skuteczne i przede wszystkim bezpieczne dla chorych. U pacjentów z migotaniem przedsionków jest to najbardziej skuteczna metoda leczenia zapobiegająca nawrotom arytmii, poprawiająca jakość życia, a w populacji chorych z niewydolnością serca zmniejszająca ryzyko ponownych hospitalizacji i redukująca śmiertelność całkowitą. Wybór miejsca na pracownię nie był więc przypadkowy, a uczestniczący w jej otwarciu minister zdrowia Łukasz Szumowski, także elektrofizjolog, podkreślił, że w sytuacji, kiedy liczba pacjentów wymagających elektroterapii wciąż rośnie i czekają oni na zabiegi w kolejkach, każda taka nowa jednostka jest cennym nabytkiem. W tym wypadku tym cenniejszym, że stosowane tu najnowsze technologie pozwolą elektroterapii przejść na kolejny stopień wtajemniczenia. W pracowni oprócz ablacji będą także wszczepiane stymulatory, kardiowertery-defibrylatory i układy do terapii resynchronizujące, wspomagające pracę serca chorym z niewydolnością serca, co jest wyzwaniem dla współczesnej kardiologii.

TO JUŻ EPIDEMIA

Badanie¹ prowadzone przez zespół prof. Zbigniewa Kalarusa, kierownika I Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii SCCS w Zabrze, wykazało, że w Polsce aż 23 proc. osób powyżej 65. r. ż. cierpi na migotanie przedsionków, z czego u ponad

4 proc. występuje migotanie bezobjawowe. – To dwukrotnie więcej niż sądziliśmy i nie ukrywam, że byliśmy zaskoczeni tym wynikiem – komentuje prof. Beata Średniawa z Katedry Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii SUM. Monitoringiem objęto 3014 osób z całej Polski, które na użytek badania nosiły kamizelki specjalnie zaprojektowane do długoterminowego monitorowania EKG.

Badanie pokazało też, że średnia wieku chorych, u których najczęściej pojawiają się migotania, to 77 lat, a od 75. r.ż. do 80. r.ż. ich liczba drastycznie rośnie. 41 proc. w tej grupie stanowiły osoby z tzw. niemym, czyli bezobjawowym migotaniem przedsionków. Wcześniej mówiono o ok. 20 proc. – Wyniki dowodzą, że skala problemu jest ogromna, należałoby więc rozważyć, czy nie powinno się rekomendować badań przesiewowych populacji w tym przedziale wiekowym w kierunku wykrywania migotania przedsionków – zastanawia się prof. Zbigniew Kalarus, a prof. Jarosław Kaźmierczak, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, uważa, że wiedza uzyskana na ten temat powinna być uwzględniona w opracowywaniu programów polityki zdrowotnej.

ELEKTROFIZJOLOG Z CERTYFIKATEM

W Polsce działa 90 pracowni elektroterapii. Pracuje w nich 400 elektrofizjologów – to za mało, tym bardziej że pracowni przybywa. – My nie mamy problemów kadrowych,

“

Badanie pokazało też, że średnia wieku chorych, u których najczęściej pojawiają się migotania, to 77 lat, a od 75. r.ż. do 80. r.ż. ich liczba drastycznie rośnie.

nasi lekarze są zaangażowani w rozwijanie swoich umiejętności i wiadać, że elektroterapia jest ich pasją, a takich pasjonatów potrzebujemy w naszym zespole – tłumaczy prof. Kalarus. Jednak SCCS to ośrodek referencyjny, w innych regionach kraju już nie jest tak dobrze. Wskazania do zabiegów ablacji poszerzają się i zapotrzebowanie na lekarzy elektrofizjologów rośnie. Potwierdzają to statystyki – w 2016 r. wykonano w Polsce 12,5 tys. ablacji, a w 2018 r. już 16,5 tys.

– W Polsce nie ma specjalizacji z elektrofizjologii, ale w szkoleniu specjalizacyjnym z kardiologii jest uwzględniona elektroterapia, jednak to wiedza teoretyczna, a lekarze zdobywają doświadczenie na sali zabiegowej – wyjaśnia prof. Jarosław Kaźmierczak, dodając, że resort zdrowia planuje wprowadzić umiejętności medyczne, wśród których znalazłaby się elektrofizjologia. Póki co, szkoleniem lekarzy wykonujących zabiegi elektroterapii zajmuje się Sekcja Rytmu Serca PTK.

Dr hab. n. med. Oskar Kowalski, kierownik Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii Serca w SCCS i były przewodniczący tej sekcji,

mówi, że towarzystwo opracowało unikalny w świecie system szkoleń zakończony przyznawaniem certyfikatów w elektrofizjologii, gwarantujący wysoki poziom umiejętności zarówno w dziedzinie implantacji urządzeń wszczepialnych, ich kontrolowania, jak i wykonywania zabiegów ablacji. System jest kilkustopniowy, lekarz jest szkolony podczas spotkań z ekspertami na wykładach, później ogląda ich w akcji w ośrodkach referencyjnych, a w następnym etapie wykonuje zabiegi na modelu zwierzęcym.

– To nie jest łatwa część kardiologii, dlatego organizujemy kursy na poziomie podstawowym, wyższym i zaawansowanym – mówi prof. Oskar Kowalski i przekonuje, że system szkolenia jest bardzo wymagający. Zanim lekarz stanie się samodzielnym elektrofizjologiem, musi uczyć się kilka lat, często dłużej niż trwa szkolenie specjalizacyjne w innych zabiegowych dziedzinach medycznych. ■

¹ Badanie NOMED-AF „Nieinwazyjne Monitorowanie w Celu Wczesnego Wykrycia Migotania Przedsionków” było realizowane w ramach projektu Narodowego Centrum Badań i Rozwoju (NCBR) pod patronatem ministra zdrowia, z udziałem Śląskiego Parku Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Instytutu Technologii i Aparatury Medycznej z Zabrze oraz Comarch Healthcare.

W Polsce jest niespełna 300 samodzielnych elektrofizjologów i implantatorów urządzeń wszczepialnych. W kadencji 2017–2019 Sekcja Rytmu Serca oraz Zarząd Główny PTK wystawiły kardiologom kształcącym się w tym kierunku 43 indywidualne certyfikaty różnego stopnia. Około 100 lekarzy jest w trakcie nauki i zdobywania umiejętności z zakresu elektrofizjologii, którzy pod nadzorem bardziej doświadczonych certyfikowanych kolegów są zdolni przeprowadzać zabiegi i są bardzo dobrymi

operatorami. Dostępność zabiegów ablacji w Polsce wyraźnie wzrasta i powinna dalej rosnąć, co wymusza potrzebę kształcenia kolejnych samodzielnych elektrofizjologów. Zabiegamy o to, aby certyfikacja indywidualna operatorów w tym zakresie stała się wymogiem formalnym, który w sposób instytucjonalny dawałby uprawnienia i prestiż, wynikające ze zdobytych umiejętności i wiedzy. ■



**DR HAB. N.MED.
MACIEJ STERLIŃSKI**

przewodniczący Sekcji Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Ostatni dzień urlopu

„Nie ma miodu bez zachodu” – mruczę ostatniego dnia urlopu, pakując manatki do pracy. Prasuję fartuch, wypełniam dyżurową torbę. Całym pracowniczym jestestwem czuję nadchodzący huragan dysonansu poznawczego...



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Bez pracy nie ma kołaczy” – powtarzam jak mantrę babcine słowa. Znam jednak przecież takich, którzy potrafią bez niej żyć całkiem wygodnie. Z desperacją nastawiam budzik na godzinę, której nie powinno być na zegarze wykształconego Europejczyka w średnim wieku.

„Kawałek chleba nie spadnie z nieba” – urągam – trochę swojemu losowi, trochę chochlikowi o aparycji Ferdynanda Kiepskiego, który sączy mi do ucha truciznę, szepcząc, że może ta praca nie dość, że w ogóle – nic, ale to nic – mnie nie uszlachetnia, to jeszcze tak bardzo mnie męczy... Próbuję odbić diabelsko

podkręconą piłkę, argumentując, że przecież bez niej nawet ten cudowny, długi, słoneczny i odbywający się w ciekawych okolicznościach przyrody urlop nie miałby wielkiego sensu. Trochę się nawet rozpędzam, wytaczając działa misyjnego charakteru mojego zawodu i jego powołania. W zamian, mój zły duch atakuje z woleja, przypominając mi, za Bertrandem Russellem, że przeświadczenie o niezwykłej wadze wykonywanej pracy jest jednym z objawów zbliżającego się załamania nerwowego!

Tracę piłkę... I gdy jesteśmy tuż przed tie-breakową rozgrywką, gdy wydaje mi się, że zyskam na czasie chwilą relaksującego serfowania w odmętach

internetu, lichu podsuwa mi stronę www.akcjazdrowapraca.pl i aż stęka z zachwyty, gdy czytam – sobie i jemu – o zaburzeniach miesiączkowania, impotencji, zaniedbaniach rodzicielskich i małżeńskich oraz chorobach ciała i duszy, których ryzyko zwiększyłam w sobie i w swojej podstawowej komórce społecznej, bohatersko pracując za dnia i w nocy, w świątek, w piątek i w niedzielę. „A widzisz?” – mruczy lichu. „Tyle razy ci powtarzałem, że nie powinnaś tego robić!”. No i jak, następnego dnia, po czymś takim spojrzeć sobie w swoje własne, lekarskie oczy? Czy wystarczy zwyczajne „A kysz!”, by przegonić chochlika i na powrót przedzierać się w sumiennego pracownika? A może trzeba użyć jakiegoś specjalnego fortelu?

Moje własne badania w terenie, a także przegląd literatury prawie fachowej, pozwoliły mi śmiało stwierdzić, że sposobów jest kilka, choć podobno wygrana zawsze nosi znamiona pyrrusowego zwycięstwa.

Z góry skazane na porażkę wydaje się przekonywanie swojej ciemnej strony argumentami: „pracuję,



Czy wystarczy zwyczajne „A kysz!”, by przegonić chochlika i na powrót przedzierać się w sumiennego pracownika? A może trzeba użyć jakiegoś specjalnego fortelu?



**Przed wszystkim nie dajcie się zwieść myśli,
że są inne zawody na świecie równie ciekawe,
ale mniej męczące. Tak myślą wszyscy
– nauczyciele, prawnicy, szefowie kuchni
i hodowcy drobiu.**

bo lubię”, „pracuję, bo nic innego nie umiem” albo „robię to, bo ktoś musi”. To blefy dla amatorów! Spróbujcie po lekturze wspomnianej wyżej strony nie myśleć o zaburzeniach miesiączkowania, impotencji, zaniedbaniach et cetera! Aż dziw bierze, że ktoś jeszcze pozostał po wakacjach w lekarskich pokojach dyżurantów...

Skuteczny za to może okazać się manewr polegający na unikaniu. Zrezygnowanie z wypoczynku wydaje się najprostszym i oczywistym sposobem profilaktyki syndromu ostatniego dnia urlopu. Zamiast włożyć się po nieznanych hotelach z opcją all inclusive, drzeć o bagaż w obskurnych lotniskowych terminalach czy wyskubywać kleszcze z umęczonego górską włóczęgą lekarskiego ciała, wystarczy pozostać w bezpiecznych domowych pieleszach. Generalne porządki, mały remont albo zaproszenie dalekiej rodziny z kilkorgiem dzieci powinno zagwarantować, że nasz powrót do pracy stanie się chwilą naprawdę wyczekiwaną. I to przez wszystkich domowników!

Znam kilka osób, które poszły jeszcze o krok dalej i wykorzystują urlop po to, by popracować w innym miejscu. I choć należy docenić, że w ten sposób nie wciągają w niebezpieczny proceder „urlopu w domu” rodziny ani przyjaciół, to ich aktywność może nosić znamiona czynności kompulsywnej, wymaga więc szerszego zbadania problemu przez kolegów psychiatrów.

Podobno dość dobrze sprawdza się chwyt „na materialistę”. Zamiast uzasadniać imperatyw pracy potrzebą rozwoju osobistego, doskonalenia umiejętności zawodowych i poszerzania horyzontów, powiedzmy sobie po prostu, że robimy to „dla forsy”. Powszechność tego przekonania sprawi, że nie będziemy już zmuszeni pokazywać nikomu zawartości swojego garażu ani udowadniać w jakikolwiek inny sposób, że czerpanie korzyści materialnych leży po prostu w naszej lekarskiej naturze.

Przed wszystkim jednak nie dajcie się zwieść myśli, że są inne zawody na świecie równie ciekawe, ale mniej męczące. Tak myślą wszyscy – nauczyciele, prawnicy, szefowie kuchni i hodowcy drobiu. Nawet sam Woody Allen przyznał kiedyś, że jego największą życiową porażką jest fakt, że nie wykonuje pracy polegającej na czytaniu książek w jakimś klimatyzowanym pomieszczeniu. #MeToo! – zawołałam w pierwszym spontanicznym odruchu. Zaraz jednak pomyślałam o tym, że w życiu (podobnie jak w filmach pana Allena) bywa tak, że spełnione marzenia stają się największym przekleństwem. Bo pomijając przecież negatywne efekty długotrwałego przebywania w klimatyzowanych pomieszczeniach, pozostaje jeszcze kwestia tego, kto dokona wyboru lektur. Mogłoby się przecież zdarzyć, że zostaniemy skazani na wieczne czytanie, wciąż pączkującej z intensywnością pocziwych drożdżaków, prozy Remigiusza Mroza. A tego byśmy nie chcieli, prawda? ■

W PIGUŁCE

Pacjenci oceniają: najlepiej w Azji

Tajwan, Korea Południowa i Japonia – według najnowszej edycji rankingu Numbeo Health Care Index to tutaj działają najlepsze systemy opieki zdrowotnej na świecie. Wysoko wśród krajów azjatyckich uplasowała się także Tajlandia (6).

W pierwszej dziesiątce znalazło się pięć państw Europy: Austria (4), Dania (5), Hiszpania (7), Francja (8), Belgia (9) – a także Australia (10). Stawiane za wzór w europejskich rankingach ochrony zdrowia

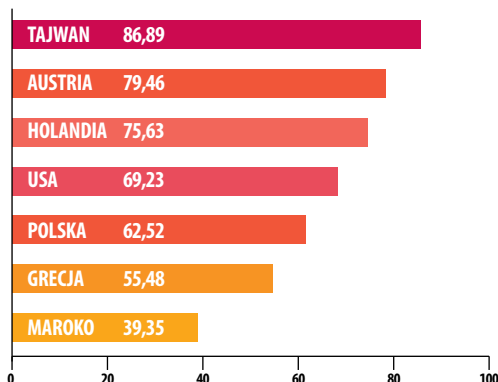


W klasyfikacji ujęto 89 państw – najgorzej oceniono systemy ochrony zdrowia w Maroku i Wenezueli.

Holandia, Finlandia, Norwegia czy Szwajcaria są dopiero w drugiej dziesiątce zestawienia Numbeo. USA – kraj, w którym wydaje się najwięcej pieniędzy na ochronę zdrowia na świecie, znalazł się na 30. pozycji. Polska zajęła 51. miejsce, wyprzedziła na zdecydowaną większość krajów UE, a także m.in. Urugwaj, Chile, Turcja czy Argentyna.

W klasyfikacji ujęto 89 państw – najgorzej oceniono systemy ochrony zdrowia w Maroku i Wenezueli. Bardzo źle wypadły także Irak, Azerbejdżan,

Liczba uzyskanych punktów



Bangladesz, Egipt, a niewiele lepiej Węgry, Kazachstan i Ukraina. Odległe, 80. miejsce, zajęła Irlandia.

Trzeba mieć na uwadze, że ranking jest subiektywną oceną wystawianą przez użytkowników portalu Numbeo.com, którzy wypełniają kwestionariusz z pytaniami na temat opieki zdrowotnej kraju, w którym żyją. Oceniane są: umiejętności i kompetencje personelu medycznego, sprzęt do nowoczesnej diagnostyki i leczenia, dokładność w wypełnianiu raportów, życzliwość i uprzejmość personelu, długość oczekiwania w placówkach medycznych i dogodna lokalizacja placówki medycznej dla pacjenta. ■

Akcja „Nie kłujesz, nie płacimy” przynosi efekty



WAustralii zanotowano najwyższy w historii wskaźnik stanu zaszczepienia wśród pięciolatków. Jak podaje resort zdrowia tego kraju, udało się osiągnąć poziom 94,78 proc. wyszczepialności wśród dzieci w tej grupie wiekowej.

W Australii od 2017 r. prowadzona jest polityka „no jab, no pay”, zgodnie z którą rodzice, którzy nie godzą się na zaszczepienie swoich dzieci zgodnie z obowiązującym programem szczepień, a nie ma ku temu powodów medycznych, nie otrzymują świadczeń finansowych wypłacanych na dzieci. Prowadzone są też inne działania. Każdego roku rząd australijski inwestuje ponad 400 mln dolarów w Narodowy Program Szczepień, prowadzone są też kampanie dotyczące immunizacji. ■

W PIGUŁCE

RODO: 460 tys. euro kary dla szpitala w Hadze

“

Placówka nie zastosowała właściwych środków zabezpieczenia danych.

A uthoriteit Persoon-
sgegevens, czyli urząd
ochrony danych osob-
wych w Holandii (odpowiednik

polskiego UODO), ukarał Szpital Haga w Hadze grzywną w wysokości 460 tys. euro za naruszenie RODO.

Jak informuje „Hipaa Journal”, placówka nie zastosowała

właściwych środków zabezpieczenia danych, przez co naruszona została prywatność jednego z pacjentów. Szpital do 2 października ma wprowadzić potrzebne zmiany w zakresie bezpieczeństwa informacji, w przeciwnym razie może zostać ukarany kolejnymi karami finansowymi. – Naruszenie dotyczyło osoby publicznej, której dane osobowe zostały ujawnione przez personel placówki. W trakcie dochodzenia stwierdzono, że szpital nie posiada odpowiedniego systemu zabezpieczenia dokumentacji pacjentów, nie wdrożył

uwierzytelniania dwuskładnikowego i nie monitoruje rejestru upoważnionych do przetwarzania danych osobowych. Brak odpowiednich środków bezpieczeństwa jest sprzeczny z wymogami RODO i nałożenie grzywny uznano za konieczne – tłumaczy mgr inż. Sylwia Miezio.

W ubiegłym roku podobna sprawa dotyczyła Centro Hospitalar Barreiro Montijo w Portugalii. Tamtejszy urząd ochrony danych osobowych nałożył na placówkę 400 tys. euro kary za błędy w zabezpieczeniu danych pacjenta. ■

W Egipcie dramatyczny brak lekarzy

W ciągu ostatnich trzech lat ponad 10 tys. lekarzy opuściło Egipt – informuje Al-Fanar Media, przytaczając dane udostępnione przez Egyptian Medical Syndicate. To najważniejsze stowarzyszenie zrzeszające lekarzy w tym kraju alarmuje ponadto, że już połowa zarejestrowanych (110 tys. z 220 tys. lekarzy) pracuje na obczyźnie.

Egipt boryka się z niespotykaną dotąd falą emigracji lekarskiej. Powodów jest kilka, m.in. złe warunki pracy, lekarze skarżą się też, że brakuje rozwiązań prawnych, które chroniłyby personel medyczny przed agresywnymi pacjentami i ich rodzinami niezadowolonymi z poziomu opieki medycznej. Ogromnym problemem są także niskie zarobki – młody lekarz po ukończeniu studiów otrzymuje pensję w wysokości

2 tys. funtów egipskich (120 USD), a specjalista – ok. 3 tys. funtów egipskich (180 USD). Tymczasem średnie wydatki miesięczne przeciętnej rodziny wynosiły nieco ponad 3 tys. funtów egipskich w 2015 r., obecnie koszt życia jest jeszcze większy.

Ci, którzy zdecydowali się pozostać w kraju, coraz częściej decydują się na zmianę specjalizacji na bardziej dochodową, a jednocześnie spokojniejszą, przez co brakuje chirurgów, anestezjologów, kardiologów i lekarzy ratownictwa medycznego. Rząd chce poprawić sytuację m.in. poprzez zwiększanie przyjęć na studia medyczne, eksperci jednak sceptycznie podchodzą do tego pomysłu, podkreślając, że problemem nie jest zbyt mała liczba studentów medycyny, a fakt, że zaraz po ich ukończeniu wyjeżdżają z kraju. ■

Odra nadal groźna

Dane opublikowane przez Światową Organizację Zdrowia potwierdzają dalsze rozprzestrzenianie się na świecie ognisk odry.

Z niepełnych jeszcze raportów wynika, że w pierwszym półroczu tego roku zgłoszono prawie trzy razy więcej zachorowań niż w analogicznym okresie 2018 r. 182 kraje zraportowały o 364,8 tys. przypadkach odry, najwięcej w Demokratycznej Republice Konga, Republice Madagaskaru i na Ukrainie. Tylko w regionie europejskim WHO odnotowano prawie 90 tys. zachorowań – to więcej niż w całym poprzednim roku. Obecnie poważne ogniska odry występują m.in. w Angoli, Kamerunie, Czadzie, Kazachstanie, Nigerii czy Tajlandii. Bardzo trudna sytuacja nadal utrzymuje się na Ukrainie.

WHO podkreśla, że publikowane przez nią dane mogą być niepełne ze względu na różnego rodzaju błędy wynikające z niedoskonałego raportowania przez poszczególne kraje. ■



LIDIA
SULIKOWSKA

dziennikarz

PROFILAKTYKA CHORÓB UKŁADU KRAŻENIA

Wzorcową Skandynawia

Z prof. **Piotrem Jankowskim**, sekretarzem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, członkiem Prevention Implementation Committee, znajdującego się w strukturach European Association of Preventive Cardiology, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



GL Jak zmieniała się umieralność z powodu chorób serca i naczyń w ostatnich dekadach?

W większości krajów Europy Zachodniej i Ameryki Północnej umieralność spowodowana chorobami układu krążenia rosła mniej więcej do lat 60. XX w. Od tego czasu sytuacja zaczęła się tam poprawiać. Wiązało się to m.in. z wdrożeniem skutecznych interwencji populacyjnych ukierunkowanych na poprawę stylu życia, ale także ogromnym postępem medycyny naprawczej. W Europie Środkowo-Wschodniej było nieco inaczej. O ile jeszcze na początku lat 70. współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w Polsce był na poziomie średniej dla 15 krajów „starej Unii”, to jednak u nas, jak i w innych państwach naszego regionu współczynnik ten nadal rósł. W Polsce osiągnął najwyższą wartość w 1991 r., a w innych krajach regionu często jeszcze później, np. w Rumunii w połowie lat 90., a w Rosji i na Ukrainie w pierwszej dekadzie XXI w.

GL Z czego to wynikało?

Miała na to wpływ m.in. trudna sytuacja ekonomiczna w krajach bloku wschodniego. Dopiero upadek komunizmu zaowocował korzystnymi zmianami, np. ewidencja naukowa wskazuje, że jedną z głównych przyczyn poprawy sytuacji w Polsce była zmiana nawyków żywieniowych. W pierwszych latach po przełomie zwiększało się spożycie warzyw, owoców i tłuszczów pochodzenia roślinnego, a zmniejszało – tłuszczów nasyconych.

GL Czy spadek umieralności nie jest zasługą rozwoju medycyny naprawczej?

W dużej części jest. W ósmej dekadzie XX w. podkreślano, że stan zdrowia zależy w 50 proc. od stylu życia, w 20 proc. od czynników genetycznych, w 20 proc. od

czynników środowiskowych i ok. 10 proc. od systemu opieki zdrowotnej. Obecnie wielu ekspertów podchodzi z dużym dystansem do tych wyliczeń, podkreślając, że rola leczenia jest większa. Jednak nawet jeśli się uzna, że nasze zdrowie w 30 albo nawet w 50. proc. zależy od medycyny naprawczej, to i tak rola profilaktyki jest ogromna. Naturalnie to jest punkt widzenia ekspertów zdrowia publicznego. Spojrzenie osoby chorej jest zupełnie inne. Dla niej podstawowe znaczenie ma właśnie medycyna naprawcza. Nie można umniejszać jej znaczenia.

GL Kiedy zaczęto doceniać rolę profilaktyki w chorobach układu krążenia?

Pierwsze doniesienia, że cholesterol może być jedną z głównych przyczyn rozwoju miażdżycy, pochodzą z XIX w. W tym czasie coraz śmielej zwracano też uwagę na znaczenie podwyższonego ciśnienia tętniczego. Pierwsze dowody pochodzące z analiz spełniających współczesne kryteria jakości badań naukowych pochodzą z połowy ubiegłego wieku. Np. w 1953 r. Morris i jego współpracownicy wykazali, że kierowcy autobusów londyńskich mają większe ryzyko zgonu w porównaniu z kontrolerami biletów i powiązali tę różnicę z większą aktywnością fizyczną kontrolerów. W latach 60. i 70. wdrażano pierwsze interwencje populacyjne. Znakiem przykładowym ich skuteczności jest Finlandia. Kraj ten notował w tamtym czasie dramatycznie wysokie wskaźniki umieralności z powodu chorób układu krążenia. Dzięki dobrze zaprojektowanej interwencji populacyjnej, która doprowadziła do zmiany stylu życia znacznej części Finów, zmniejszono nasilenie czynników ryzyka w populacji i w następstwie zmniejszono umieralność. Fińskie społeczeństwo stało się jednym z najzdrowszych i jest przykładem dla wielu innych krajów.



“

Warto podkreślić, że promocja zdrowego stylu życia to nie tylko edukacja społeczeństwa.

Warto mieć na uwadze, że w ostatnich latach we wszystkich krajach rozwiniętych obserwujemy dalszy spadek umieralności z powodów kardiologicznych, ale proces ten zdecydowanie spowolnił. W wyniku zmian w stylu życia społeczeństw, a także zmian w organizacji opieki zdrowotnej oraz w dostępie do nowoczesnego leczenia obserwowany 50 lat temu gradient północ – południe w umieralności z powodu chorób układu krążenia uległ zmianie na gradient wschód – zachód. Polska cały czas goni bogatszych sąsiadów, ale niestety bardzo wolno. Przy obecnym tempie możemy spodziewać się, że dogonimy Zachód za około 90 lat.

Prof. Piotr Jankowski

📌 Jak obecnie kraje rozwinięte zapobiegają chorobom serca i naczyń?

Stosując skuteczną promocję zdrowego stylu życia, dążąc do wykrywania chorób na wczesnym etapie ich rozwoju i wdrażając skuteczne ich leczenie. Warto podkreślić, że promocja zdrowego stylu życia to nie tylko edukacja społeczeństwa, chociaż jest ona bardzo ważna. To także bodźce podatkowe, np. tzw. podatek od zawartości cukru w napojach i przekąskach żywnościowych czy poziom opodatkowania wyrobów tytoniowych i alkoholowych, jak również ograniczenie dostępności do wyrobów tytoniowych (np. zakaz eksponowania papierosów w sklepach) i alkoholowych (np. zmniejszenie liczby punktów sprzedaży alkoholu, zakaz sprzedaży alkoholu na stacjach paliw itp.), budowanie infrastruktury sprzyjającej zdrowemu stylowi życia, zapewnienie odpowiedniego zaopatrzenia i inne. Nie można też zapominać o dostępie do nowoczesnych technologii. Kraje rozwinięte różnią się znacząco nie tylko rozwiązaniami prawnymi w wymienionych obszarach, ale także pod względem wykrywalności i skuteczności leczenia czynników ryzyka chorób serca i naczyń, np. tylko 23 proc. Polaków z nadciśnieniem tętniczym ma ciśnienie tętnicze obniżone do oczekiwanego poziomu. W Kanadzie odsetek ten zbliża się do 70 proc.

23%

- tylko Polaków z nadciśnieniem tętniczym ma ciśnienie tętnicze obniżone do oczekiwanego poziomu. W Kanadzie odsetek ten zbliża się do 70 proc.

📌 Dzieje się tak przez źle prowadzone kampanie informacyjne? A może lekarze zbyt mało angażują się w edukowanie swoich pacjentów?

Problem jest dużo bardziej złożony. Dużą rolę przypisuje się dobrej organizacji systemu opieki zdrowotnej, w tym właściwej alokacji środków finansowych. W perspektywie długofalowej powinniśmy dążyć do systemu, w którym lekarze w edukacji pacjentów będą skutecznie wspierani przez innych pracowników sektora ochrony zdrowia, np. przez dobrze przygotowane do tej roli pielęgniarki. Dzięki temu edukacja byłaby skuteczniejsza, a lekarze mogliby poświęcić więcej czasu czynnościom, w których nikt ich nie może zastąpić. Cieszy coraz większa świadomość decydentów na temat zalet value based medicine, jak również rozwój programów opieki koordynowanej w Polsce. Ważne, by zapewnić duży wpływ klinicystów na ich kształt. Dobrym przykładem jest koordynowana opieka po zawale serca (KOS-Zawał). Ostatnio Polskie Towarzystwo Kardiologiczne oraz Rzecznik Praw Pacjenta, niezależnie od siebie, apelowali o zwiększenie roli edukacji prozdrowotnej w polskich przedszkolach i szkołach. Niezwykle ważne jest też przeciwdziałanie pojawianiu się w przestrzeni publicznej wprowadzających w błąd informacji na temat zdrowia. Również w tym zakresie PTK stara się aktywizować urzędy odpowiedzialne za zdrowie Polaków.

📌 Jak Unia Europejska wspiera działania profilaktyczne?

Dobrym przykładem jest tzw. dyrektywa tytoniowa, która m.in. nakazała umieszczanie ostrzeżeń obrazkowych na opakowaniach wyrobów tytoniowych i zakazała reklamy tych wyrobów w internecie. UE określa też minimalną wielkość podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych i alkoholowych. W tej chwili trwa dyskusja nad wprowadzeniem w całej Unii, obowiązującego już w niektórych krajach, systemu oznaczania kolorami produktów spożywczych w zależności od tego, czy są zdrowe, neutralne czy szkodliwe. Ponadto dwie specjalne agencje stale monitorują zagrożenia chorobami w celu skoordynowanego reagowania na nie oraz dbają o bezpieczeństwo i skuteczność produktów leczniczych w UE. ■

W PIGUŁCE

Bez odwagi ani rusz

C oraz głośniej mówi się, że przyszłość należy do modelu value based healthcare. Także w Polsce.



Niezwykłe interesujące wydają się przykłady zastosowania mierników value based healthcare. VBH to nowa definicja ochrony zdrowia.



gazetalekarska.pl

Wynika to m.in. z rosnących kosztów świadczenia usług zdrowotnych i wzrostu zapotrzebowania na nie. Temat ten był szeroko omawiany na początku wakacji przy okazji prezentacji raportu „Value based

healthcare – nowa definicja ochrony zdrowia i jej wpływ na poprawę jakości leczenia”, który powstał staraniem m.in. Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej i Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie. Centralnym punktem koncepcji VBHC jest optymalizacja wartości w ochronie zdrowia (zarówno pod względem ekonomicznym, jak i etycznym). – To nowe spojrzenie na system ochrony zdrowia, bez którego nie może być mowy o dalszym rozwoju – mówiła dr Beata Jagielska, prezes PKMP. W raporcie znajdziemy m.in. przykłady najlepszych praktyk z innych krajów, które dzięki wdrożeniu modelu VBHC poprawiły zarządzanie kosztami i osiągają lepsze efekty leczenia. Sformułowano także rekomendacje dla Polski. Niezwykłe interesujące wydają się przykłady zastosowania mierników VBHC. Zdaniem prof. Eweliny Nojszewskej (to pod jej redakcją naukową i prof. Jana Walewskiego powstał raport), jeśli chce się wdrożyć ten model, należy m.in. przygotować do tego istniejące instytucje, dostosować regulacje prawne i stworzyć duże bazy danych. Prof. Marcin Czech ocenił, że w naszym kraju potrzeba jednak dużo odwagi nie tylko, aby ujawnić dane, ale również, by premiować leczenie za efekty. ■

Pora dnia ma znaczenie

Godzina, o której chorzy są przyjmowani do lekarza, ma wpływ na zlecane im badania. I nie tylko!

W czasopiśmie „JAMA Oncology” opublikowano wyniki badania, w którym oceniano wpływ godziny wizyty u lekarza rodzinnego na częstość zlecania badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego i piersi. Zauważono, że osobom z późniejszym terminem wizyty rzadziej zlecano badania przesiewowe w kierunku tych nowotworów. W analizie obejmującej ponad 19 tys. kobiet w wieku kwalifikującym do badań przesiewowych w kierunku raka piersi wykazano, że badania te najczęściej zlecano o godz. 8.00 (64 proc.), częstość zleceń spadała (do 49 proc.) w okolicy godz. 11.00, by ponownie wzrosnąć (do 56 proc.) w południe, a następnie obniżyć się (do 48 proc.) o godz. 17.00. Podobną zależność



zauważono w przypadku kwalifikacji do badania przesiewowego w kierunku raka jelita grubego (37 proc. o godz. 8.00, 31 proc. o godz. 11.00, 34 proc. o godz. 12.00, 23 proc. o godz. 17.00). Dodatkowo zauważono, że pacjenci, którzy mieli wizytę lekarską w godzinach popołudniowych, rzadziej zgłaszali się na badanie przesiewowe w ciągu roku od otrzymania skierowania w porównaniu do osób, które miały wizytę rano. ■

Dieta czyni cuda

Zbilansowana, niskotłuszczowa dieta zmniejsza ryzyko zgonu chorych na raka piersi. Podczas tegorocznego kongresu Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO) przedstawiono wyniki badania z randomizacją oceniającego wpływ modyfikacji diety na ryzyko zgonu z powodu raka piersi. Analizie poddano dane blisko 50 tys. zdrowych kobiet w wieku 50-70 lat. W trakcie ponad 19-letniej obserwacji rozpoznano 3,3 tys. nowotworów piersi. Kobiety przestrzegające zbilansowanej, niskotłuszczowej (do 20 proc. źródła energii) diety, zawierającej codzienne porcje owoców, warzyw i ziaren, miały o 21 proc. mniejsze ryzyko zgonu z powodu raka piersi. Korzyści ze zdrowego odżywiania odnotowano również wśród chorych na raka piersi, u których ryzyko zgonu z dowolnej przyczyny było niższe o 15 proc. ■

GŁOS CZYTELNIKÓW

Odejdę z zawodu

P opieram apel pana doktora W.K. Wysockiego (nr 7-8/2019 „Gazety Lekarskiej”) o niewymuszanie obowiązku stosowania e-recepty, e-dokumentacji i e-skierowania wobec wciąż aktywnych zawodowo lekarzy 65+, do których ja od niedawna się zaliczam. Jeśli od stycznia 2020 r. będzie taki obowiązek, to odchodzę z zawodu, mimo iż planowałam pracować nadal. ■

*Z poważaniem
okulista dziecięcy (imię i nazwisko do wiadomości redakcji)*

E-terroryzm i śmierć

W latach 80. XX w. byłem zatrudniony przez cztery lata jako lekarz okrętowy w PLO Gdynia. Pozostawiłem swoich pacjentów, co było przyczyną śmierci samobójczej dwóch pacjentek (młodych). Mam ukończone 83 lata, z trudem posługuję się komórką, od 1 stycznia 2020 r. muszę pozostawić swoich pacjentów – ilu popełni samobójstwo?

Proszę o pomoc dla nich i umożliwienie mi wydawania recept jak dotychczas. ■

*dr n. med. Andrzej Romer
specjalista neurolog i psychiatra*

REKLAMA



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Lato niezdrowych emocji

Mówi się, że rodzima ochrona zdrowia to bastion socjalizmu. Z całą pewnością coś w tym jest, choć nie jest to już monument z epoki słusznie minionej. I całe szczęście, a tam, gdzie mocne miejsce ma sektor prywatny, generalnie wszystko funkcjonuje sprawniej.

Najlepszym przykładem jest stomatologia. Jedyne, na co można narzekać, to ceny usług, choć trzeba zaznaczyć – wyłącznie z naszej polskiej perspektywy. Do niedawna, tak jak na Zachodzie, mogliśmy czuć się także w aptece. Co prawda i tutaj trzeba było mocno sięgnąć do kieszeni, ale w zamian otrzymywało się dokładnie to, co potrzebne. Niestety, od kilku lat coraz częściej można w aptekach usłyszeć dobrze znane z peerelowskich czasów zwroty „nie ma” i „nie wiem, kiedy będzie”.

Na początku lipca gruchnęła wieść o brakach ponad 500 leków, w tym stosowanych w powszechnie występujących chorobach przewlekłych. Uluźnione przez rządzących w przypadku wszystkich problemów wskazywanie na winę Tuska jest w tym wypadku o tyle prawdziwe, że trudności z dostępnością do leków zaczęły się po uchwaleniu w 2012 r. ustawy refundacyjnej, przygotowanej przez rząd PO-PSL. Miał to być bicz na koncerny farmaceutyczne i zarazem korzyść dla państwa i pacjentów. Niestety, twarde negocjacje ministerialnych urzędników z bigfarmą, którymi tak się wówczas chwalało, nie wyszły chorym na zdrowie. Dużo niższe niż w innych krajach Europy ceny medykamentów przyniosły największe korzyści organizatorom odwróconego łańcucha dystrybucji,

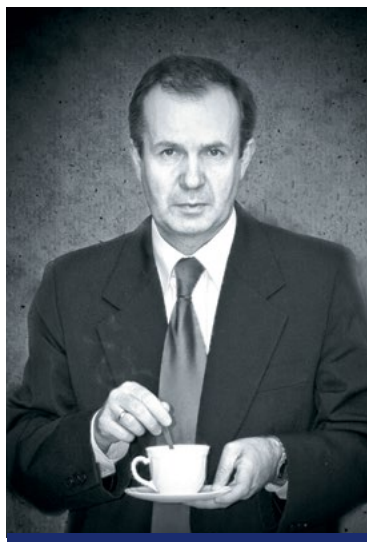
zwanego potocznie nielegalnym wywozem leków. Zmienione za premiership Ewy Kopacz prawo, przewidujące wysokie grzywny zamiast więzienia dla wywożących z Polski leki, uczyniło proceder praktycznie bezkarnym. Dzięki sprytowi prawników pracujących dla grup zajmujących się handlem farmaceutykami przeznaczonymi na polski rynek, wspomniane sankcje finansowe pozostały wyłącznie pustym zapisem.

Tak jest nadal, bo rząd „dobrej zmiany”, choć raz po raz informuje o rozbiciu mafii lekowej, nie zmienił uchwalonego przez poprzedników prawa, nie mówiąc już o urealnieniu cen leków. Zamiast wspomnianych działań, zmierzających do ukrócenia wywożenia medykamentów, zaserwowano nam propagandę. W sytuacji, gdy z Polski leki wyłącznie wyjeżdżają, kuriozalnie brzmiały wyjaśnienia, że problem jest globalny i wszystkiemu winni są lenie z chińskich fabryk, którym – pewnie z powodu kanikuły – nie chce się produkować substancji aktywnych. Mimo powagi sytuacji, kabaretowo brzmiały porady udzielane szczęśliwcom, którym udało się dodzwonić na czynną tylko od poniedziałku do piątku infolinię, odsyłając do od dawna sprawnie funkcjonujących prywatnych internetowych portali. Nawet wydawać by się mogło w tak prostej sprawie jak zorganizowanie sprawnej akcji informacyjnej organizatorzy publicznej ochrony zdrowia nie potrafili stanąć na wysokości zadania.

Nikt z rządzących, co mnie nie dziwi, ale i totalnie pogubionej opozycji, nawet się nie zająknął, że brak leków, choćby przejściowy, to nie tylko ogromny niepokój chorych, ale i dodatkowe obowiązki dla lekarzy i pielęgniarek. Wbrew propagandzie, farmaceuta nie zawsze może zaoferować pacjentowi zamiennik. Nie zawsze też problem można rozwiązać wypisaniem dodatkowej recepty. Dobrym przykładem jest leczenie chorych na cukrzycę. W przypadku konieczności zmiany preparatu insuliny na równorzędny, ale oferowany przez innego producenta, trzeba chorego przeszkolić z obsługi nowego wstrzykiwacza. To zabiera czas, którego lekarzom i pielęgniarkom dramatycznie brakuje. To, że sternicy systemu ochrony zdrowia nawet nie dostrzegli tego marnotrawstwa, to także wiecznie żywa spuścizna socjalizmu. ■

“

Rząd „dobrej zmiany”, choć raz po raz informuje o rozbiciu mafii lekowej, nie zmienił uchwalonego przez poprzedników prawa, nie mówiąc już o urealnieniu cen leków.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (91)

Niedoczynność

Nie jest dobrze. Wszyscy o tym wiemy. Obietnice poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków nie zostały spełnione. Knebel transferów socjalnych rozregulował rynek zdrowia. Utrwalane preferencje wyborcze wzmocnią w niedługim czasie społeczne oczekiwanie na zmianę w medycynie.

Na początek uproszczona definicja. Niedoczynność tarczycy jest zaburzeniem, w którym gruczoł tarczowy produkuje za mało hormonów w stosunku do potrzeb organizmu. Czynność tarczycy kontrolowana jest przez przysadkę mózgową. Regulacja jest sprzężona zwrotnie.

Trzy proste zdania, które dla celów literackich zapiszę inaczej. Niewydolność ochrony zdrowia wynika z nierównowagi podaży i popytu potrzeb pacjentów oraz oczekiwań profesjonalistów. Za taki stan odpowiadają politycy. Dialogu nie zastępuje manipulacja i brak wzajemnego zaufania.

Objawy niedomogi systemowej dają o sobie znać z coraz większym natężeniem. Utajona autoimmunizacja przechodzi do fazy jawnej. Brak pomysłów rozwiązujących impasy przypomina niedobór jodu. Kolejki wydłużają się niemal na każdym kroku. Trudności w uzyskaniu pomocy dotyczą już nie tylko oddziałów szpitalnych czy poradni specjalistycznych, ale także gabinetów rodzinnych. Niebezpieczne stają się praktyki wykorzystujące koniunkturę zapaści i tylko pozornie kanalizujące problemy zdrowotne obywateli.

Na łopatki rozłożono na przykład psychiatrię. Narastające problemy społeczne i adaptacyjne są jak lustro z odbiciem nieczynnego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Powrotna fala alkoholizmu i narkomanii, plaga depresji, anoreksji, samookaleczenia dzieci i młodzieży to wierzchołek góry lodowej. Pod powierzchnią tlą się rodzinne tragedie. Stresy domowe i zawodowe zwiększają zużycie benzodiazepin. Nałogi behawioralne dotyczą już niemal wszystkich. Agresja promowana w mediach wygrywa rząd dusz. Gdy rozum śpi, budzą się demony. Zwłaszcza gdy nie ma lekarstw i specjalistów.

Euthyrox stał się synonimem kryzysu lekowego. Preparat stosowany w niedoczynności tarczycy odsłonił kolosa na glinianych nogach. Sprzężenie zwrotne zadziało idealnie. Informacja o brakach zwiększyła sprzedaż i pogorszyła sytuację przy skąpych zasobach substancji na rynku. Pacjenci, niezależnie od potrzeb, chcieli mieć zapasy leku. Dziurawa apteka, która nie jest przecież nowością, po raz pierwszy od trzydziestu lat, wywołała niewspółmierną panikę i powrót do zdobywania towaru spod lady. Déjà vu.

Niedoczynność tarczycy objawia się między innymi sennością i przyrostem masy ciała. Najbardziej zmęczeni wydają się rezydenci, wykazujący w rozmowach potrzebę regeneracji, stabilizacji, komfortu pracy i płacy. Nic bardziej mylnego. Młodzieńczą burzę hormonów można przeciwstawić przewlekłej chorobie Hashimoto starszego pokolenia, które nie potrafiło zadbać o higienę lekarskiego powołania. Żadna ministerialna ekipa nie przejmowała się przecież niedostatkiem zdrowia swoich kadr. Praca na kilku etatach wykorzystywana była w dwójnasób. Rządy mnożyły zarobki w populistycznych tabelkach, szczując przeciw nienależnym doktorom. Tymczasem NFZ, przy współudziale menadżerów, poprzez mechanizm omijającego podatki samozatrudnienia, cudem spinał budżet, nie respektując europejskich klauzul BHP. Niedostatek zasobów ludzkich oraz rozregulowanie popytu i podaży porad, restrykcje karne i niesprawność mechanizmów kontrolnych sprawiły, że szpitale zaczęły umierać, stojąc.

Katalog spraw wymagających interwencji państwa wydłuża się na wzór kolejki do lekarza. Zanika pojęcie zdrowia publicznego. Nieodwracalnie nadchodzi kryza... ■

“

Katalog spraw wymagających interwencji państwa wydłuża się na wzór kolejki do lekarza.



AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Święty spokój

Na święty spokój każdy czasem ma chęć: na ciszę, na skupienie, którego nic nie zagłusza, na wszechogarniającą pewność. Mało kto uczy stoickiego podejścia w sposób tak przekonujący jak święty Roch: średniowieczny twardziel, którego nie wzrusza nawet półmetrowe ciało obce dyndające mu u nogi.

Roch, urodzony w XIV w. w Montpellier, już od bobasa wykazywał cechy niezwykłe. Po pierwsze, miał w ogóle nie istnieć, jako że jego matkę uważano za bezpłodną. Już przyjsię na świat syna było nie lada cudem, a tu ponadto trafił się jej chłopiec wyjątkowy. Ponoć jako małe dziecko odmawiał ssania mleka z piersi więcej niż raz dziennie w dni, gdy matka pościła, co poczytano mu za wybitnie wczesny objaw ascetyzmu. Już w dorosłym życiu kilkakrotnie udało mu się uniknąć śmierci, co skrupulatnie wykorzystano w średniowiecznej ikonografii epidemii, której to święty Roch, z jego umiejętnością wylizywania się z najgorszych ran i stoickim podejściem do bólu, był absolutnym liderem.

Pinacoteca w Bari posiada jedno z najbardziej intrygujących przedstawień świętego. Oto piękny i młody stoi we frontalnej pozie, dość beznamiętnie patrząc w oczy widza i ze stoickim spokojem wskazując widniejącą na jego udzie ranę. Niewzruszona postawa świętego pozostaje w krzyżującym kontraście z obiektywnie poruszającą sytuacją jego lewej kończyny. Z okragłej, po bokach zaognionej rany wytania się bowiem długi niemalże do kolana niby-sznurek.

Włoscy badacze wysnuli tezę, że nie jest to rana wskazująca na dżumę,

ale raczej jedno z najwcześniejszych w historii sztuki przedstawień drakunkulozy. Tajemniczy sznurek zinterpretowali jako pasożyta zwanego nitkowcem podskórnym, który już jako

dojrzały osobnik wydostaje się przez skórę Rocha. Jeśli wierzyć temu czytaniu obrazu, to spokój Rocha na tym obrazie jest tym bardziej imponujący, jeśli nie najzwyczajniej: święty. ■



Obraz: „Święty Roch”,
Pinacoteca di Bari,
XV-XVI w.

Rozwiązanie zagadki z „GL” 7-8/2019

1. Zmniejszenie rozmiarów płamy pod okiem.

Przyklejona łatka musiała pokryć bliznę, zatem była dość znacznych rozmiarów. Często jednak osiemnastowieczna szlachta przyklejała mniejsze łatki, zwane muszkami, które przypominać miały naturalne pieprzyki.

2. Rozjaśnienie peruki tak, by była platynowobiała.

Osiemnastowieczne peruki często posypywano pudrem, który nadawał im charakterystyczny, niemalże biały kolor, zatem pojawienie się takiego koloru na twarzy portretowanego byłoby uzasadnione.

3. Umieszczenie w tle pod łukiem sylwetki Bazyliki Świętego Piotra na Watykanie.

Portret Cathcarta przypomina nieco w swojej kompozycji tzw. portrety Grand Tour, ukazujące szlachciców tuż po odbyciu obowiązkowej edukacyjnej podróży po Europie. W przedstawieniach tego typu często w tle widać było zarysy zabytków odwiedzonych miejsc. Rzym był obowiązkowym przystankiem w trakcie tych wojaży.

4. Usunięcie pompona z zastony.

Reynolds zadbał o to, by wnętrze, w którym umieścił Cathcarta, wyglądało na niezwykle strojne, dodatkowo podkreślając status portretowanego. Usunięcie salonnego pompona pozbawiłoby przestrzeń jednego z atrybutów świadczących o jej klasie.



Obraz: Joshua Reynolds, „Portret lorda Charlesa Cathcarta”, 1753-1755, Manchester Art Gallery

NAGRODZENI Z „GL” 7-8/2019: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Hanna Drzazgowska (Pułtusk)**.

Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Rafał Agatowski (Lublin)**, **Dorota Kaczmarek (Wrocław)**, **Jerzy Kowalik (Lublin)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarzski@gazetalekarska.pl **do 16 września 2019 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL09** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

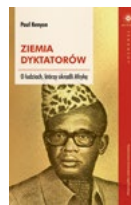
- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,



Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

KULTURA

Ślimakowe Rytmy

Wydawać by się mogło, że to już było i poza zmianą repertuaru nic nowego nie będzie. Nic bardziej mylnego. Było i pięknie, i na nowo.

Nie można być człowiekiem małej wiary, gdy realizacji jakiegoś przedsięwzięcia podejmuje się Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu. W tym roku, na początku lipca, zorganizowano piątą już edycję Międzynarodowego Festiwalu Dzieci, Młodzieży i Dorosłych z Zaburzeniami Słuchu „Ślimakowe Rytmy”, zakończoną koncertem finałowym „Muzyczne spotkania mistrzów z artystami”.

Do Warszawy przyjechali uczestnicy z 25 krajów. Wszystkich łączy nie tylko pasja do muzyki, ale również to, że słyszą dzięki implantom ślimakowym. W czasie koncertu finałowego można było wysłuchać utworów wykonanych zarówno przez laureatów tegorocznej edycji festiwalu, jak



i edycji poprzednich, którzy wystąpili w duetach lub tercetach z mistrzami muzykami aktywnie występującymi na scenach polskich i światowych. W koncercie, tak jak w ubiegłym roku, wzięli udział także pacjenci uczęszczający na zajęcia z muzykoterapii w Światowym Centrum Słuchu.

– Historia każdego uczestnika dowodzi, że nawet bardzo poważne problemy ze słuchem nie muszą

oznaczać końca kariery muzycznej. Poddanie się zabiegowi jest szansą na dalsze realizowanie się na tym polu. Wszczepienie implantu może oznaczać nowe życie – mówi prof. Henryk Skarżyński, dyrektor IFiPS ŚCS w Kałetanach, pomysłodawca festiwalu.

Festiwalowi towarzyszyła V Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Muzyka w rozwoju słuchowym człowieka”. ■

FOTO: IFiPS

NASZA CZYTELNIJA



Chirurgia plastyczna

Redakcja: Henryk Witmanowski, Arkadiusz Jundziłł

Kompleksowe omówienie zabiegów chirurgii plastycznej, rekonstrukcyjnej i estetycznej oraz dermatologii i stomatologii estetycznej. W książce znalazły się podstawy z zakresu chirurgii plastycznej oraz stosowanych technik operacyjnych i zabiegowych, a także informacje na temat stosowania inżynierii biomedycznej w chirurgii plastycznej.



Współczesna stomatologia wieku rozwojowego

Redakcja: Dorota Olczak-Kowalczyk, Joanna Szczepańska, Urszula Kaczmarek

Najnowsza wiedza z dziedziny stomatologii dziecięcej, z uwzględnieniem całości tematyki i problemów dotyczących tej specjalności. Podręcznik jest pracą zbiorową 51 autorów – doświadczonych specjalistów, pracowników naukowo-dydaktycznych katedr i zakładów stomatologii dziecięcej uniwersytetów medycznych.

Fotografia

Do **21 września** można nadsyłać prace na VII Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica 2019. Wiodącym tematem tegorocznej edycji są „Krajobrazy Świata”. Natomiast w Klubie Lekarza w Łodzi odbędzie się powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy, tym razem pod hasłem – „Barwy świata”. Termin dostarczania fotografii do OIL w Łodzi upływa **4 października**. ■



Malarstwo

W **czerwcu** Na XIX Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy do Zwierzyńca na Roztoczu zjechało 25 lekarzy z całej Polski – od Szczecina, przez Poznań, po Rzeszów, od Łodzi, przez Warszawę, po Rybnik. ■

Piknik

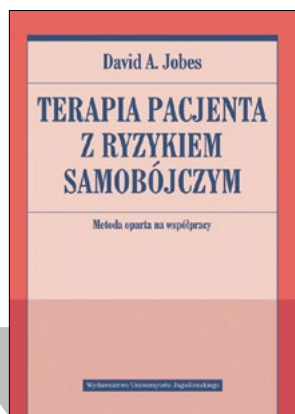
21 lipca odbyło się VII Poroniańskie Lato w Chicago, czyli doroczny piknik Koła nr 45 Poronin im. Zofii Gracy Związku Podhalan w Północnej Ameryce z aktywnym udziałem lekarzy. ■

Laureaci

X Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa” dla Lekarzy i Lekarzy dentystów rozstrzygnięty. Rozdanie nagród odbędzie się **12 października**. Lista laureatów na www.gazetalekarska.pl. ■



FOTO: SHUTTERSTOCK.COM



Terapia pacjenta z ryzykiem samobójczym. Metoda oparta na współpracy
David A. Jobes

Opracowanie opisujące metodę oceny i zarządzania tendencjami samobójczymi we współpracy z pacjentem (The Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS). Publikacja zawiera też materiały do wykorzystania w trakcie pracy z chorym, m.in. kwestionariusz oceny stanu pacjenta o skłonnościach samobójczych (SSF-4).



Kolumbowie. Kardiologia w eponimach
Magdalena Mazurak

Historie życia ludzi, których nazwiska zyskały nieśmiertelność, wchodząc do codziennego języka kardiologów i kardiochirurgów. Mają tu swój rozdział Ebstein, Holter, Glenn, Taussig, His, Garland, Fontan, Chiari, Wenckebach, Takayasu, Barlow, i wielu, wielu innych. W książce zamieszczono wiele unikatowych, dotąd niepublikowanych fotografii bohaterów tej opowieści.

SPORT

Siatkówka plażowa



Tradycyjnie w **czerwcu** w Niechorzu ma miejsce najbardziej rodzinna impreza sportowa. W tym roku MPL w Siatkówce Plażowej odbyły się po raz trzynasty. W rywalizacji rodziców dopingują ich pociechy i próbują naśladować ich od najmłodszych lat. O medale walczone w kategorii kobiet, mixt, +45 oraz turnieju open, w którym uczestniczyło 19 drużyn. Mistrzami zostali kolejno Dziedzic, Kanyon-Osajca; Buszkiewicz-Nowak, Michalski; Duszkiewicz, Ruskowski, Luboń, Michalski.

Tenis

W dniach **20-23 czerwca** 140 osób uczestniczyło w XXIX Letnich Mistrzostwach Polski Lekarzy w Tenisie „Lexus Cup 2019” w Olsztynie.

BJJ

11 maja we Wrocławiu odbyła się druga edycja Mistrzostw Polski BJJ Lekarzy. Zawody zostały otwarte przez prezesa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej Pawła Wróblewskiego i sekretarz Małgorzatę Niemiec.

Strzelectwo

W dniach **29-30 czerwca** w Tyliczu odbyły się VI Mistrzostwa Strzeleckie Polskiego Związku Łowieckiego Dian w sześcioboju myśliwskim. Dr Bibiana Adamska, reprezentująca Śląską Izbę Lekarską, zdobyła wicemistrzostwo Polski w klasyfikacji drużynowej.

Nurkowanie

W dniach **21-23 czerwca** w Szczecinie odbyły się Basenowe Mistrzostwa Polski we Freedivingu. Prof. Marcin Baranowski z UM w Białymstoku został wicemistrzem Polski w nurkowaniu na wstrzymanym oddechu (wstrzymał oddech na 6 minut i 9 sekund).

Lekka atletyka

W dniach **29-30 czerwca** na Stadionie Miejskim w Białymstoku odbyły się 29. Mistrzostwa Polski Masters, 8. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce i 2. Mistrzostwa Polski Dziennikarzy.

Triathlon

W ramach Jubileuszowego X Frydman Triathlonu w ostatnią niedzielę **czerwca** odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie na dystansie olimpijskim.

Nordic walking

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie świętuje swoje 65-lecie i z tej okazji **1 września** organizuje „Marsz dla zdrowia”.

Maratony

14 września odbędą się XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie organizowane przez OIL w Gdańsku. Z kolei Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zaprasza 20 października do Poznania na Ogólnopolski Maraton Lekarzy z okazji 30-lecia odrodzonych izb lekarskich.

Brydż

Uwaga brydżyści! **27 września** odbędą się XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Warszawie.

Ringo

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo odbędą się **14 września** w Warszawie.

Kolarstwo

W **czerwcu** na malowniczej trasie Wyżyny Lubelskiej z metą w Bychawie rozegrano 16. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym.

SPORT

Sportowy jubileusz w Budvie

Organizacja 40. Mistrzostw Świata Medyków [World Medical and Health Games – WMHG] przypadła w tym roku Budvie – znanemu kurortowi w Czarnogórze. W zawodach uczestniczyło 1200 medyków z 45 krajów.

TEKST KRZYSZTOF MAKUCH

O medale rywalizowano w 21 dyscyplinach, w 6 kategoriach wiekowych, w konkurencjach indywidualnych. W klasyfikacji generalnej polscy medycy zajęli 6. miejsce, zdobywając 56 medali, w tym 22 złote. Najlepsi okazali się Niemcy, przed Francuzami.

Najwięcej medali zdobyli nasi pływacy: Jurek Leszczyński, chirurg z Warszawy (6 złotych, 1 srebrny, 1 brązowy) oraz Marek Trzysiak (3 złote, 4 srebrne, 2 brązowe). Dobrze wypadli nasi lekkoatleci: Marzena Morawiec-Trzysiak (6 medali, po 2 w każdym kolorze) oraz Zenon Krukowski i Włodzimierz Dłużyński. Tenisiści

stołowi: Weronika Walna, Gracjan Dziukiewicz i Mateusz Gałuszka, triumfowali zarówno w kategoriach wiekowych, jak i deblach oraz turnieju open. W badmintonie medale zdobył Andrzej Lewszuk, a w kolarstwie górskim Mateusz Adamkiewicz i Michał Drabik. W sportach zespołowych złoty medal obronili nasi siatkarze. Na stojącym na wysokim poziomie turnieju piłki nożnej brąz zdobyli piłkarze OIL Gdańsk, a w zawodach 7-osobowych – Medyka Zabrze, którzy w turnieju o brąz pokonali Białystok.

Równocześnie ze sportową rywalizacją na WMHG miało miejsce dwudniowe sympozjum medyczne, na którym interesujący wykład dotyczący roli monitorowania arytmii serca u sportowców wygłosił Robert Gajda, zdobywca złotego medalu



w biegu na 1500 m. Nasza reprezentacja, choć w tym roku mniej liczna, zasługuje na uznanie. Szkoda, że wysokie koszty wpisowego ograniczają ilość uczestników, wśród których przeważają lekarze. Wyniki tegorocznych WMHG są dostępne na stronie www.medigames.com. ■

Najlepsi z najlepszych



towców rozpoczęło się ostatnie przedwakacyjne posiedzenie NRL. Pamiątkowe puchary wręczyli prezes NRL Andrzej Matyja i przewodniczący Komisji ds. Sportu NRL Jacek Tętnowski.

Najlepsi lekarze sportowcy 2018 r.:

- **kobieta:** Maria Wolff, Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu (biega ultramaratony, w ubiegłym roku ukończyła bieg w Himalajach na dystansie 100 km)

- **mężczyzna:** Przemysław Cheładze, Wojskowa Izba Lekarska (pływanie)
- **wyróżnienie kobieta:** Eleonora Galica-Zaremba, OIL w Warszawie, 91 lat (sanitariuszka Powstania Warszawskiego, pierwsza w Polsce lekarka urolog)
- **wyróżnienie mężczyzna:** Piotr Mikołajczyk, Śląska Izba Lekarska w Katowicach, 78 lat (w ubiegłym roku podczas Igrzysk Lekarskich w Zakopanem wywalczył dwa złote medale i jeden srebrny)
- **debiut:** Aleksandra Łata, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu (w zeszłym roku startowała w kilku mistrzostwach, zdobywając łącznie 15 medali)
- **drużyna:** reprezentacja kobiet w tenisie podczas 48. World Medical Tennis Society (Malta) w składzie: Bożenna Kędzierska, OIL w Warszawie, Małgorzata Pawelec-Wojtalik, Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu, Joanna Szafranek, OIL w Lublinie, Agnieszka Widzińska, Śląska Izba Lekarska w Katowicach, Agata Wojciuk, OIL w Lublinie. ■

HISTORIA I MEDYCyna

Życie jest silniejsze

„Jak mogłem pomóc innym, dla których zabrakło leków i środków opatrunkowych? Tylko dobrym słowem, przyjaznym gestem. To wszystko, co mogłem ofiarować jako lekarz i jako człowiek”.

dr Suren Konstantynowicz Barutczew

TEKST ANNA AUGUSTOWSKA, DZIENNIKARZ

Jak funkcjonować po traumie obozu koncentracyjnego? Czy po takich doświadczeniach można jeszcze w ogóle cieszyć się życiem? – pytałam dzieci i wnuki byłych więźniów Konzentrationslager Lublin, którzy uczestniczyli w Zjeździe Rodzin Więźniów Majdanka, towarzyszącym lipcowym obchodom 75. rocznicy likwidacji tego obozu.

Nikt mi nie odpowiedział: „nie można”. – Życie jest silniejsze – usłyszałam od synowej Jana Klonowskiego, lekarza, który spędził na Majdanku cztery lata. W obozie, w którym wielu więźniów było lekarzami, a często także żołnierzami walczącymi na froncie. Nie sposób nie wspomnieć o nich w roku, w którym mija 80 lat od wybuchu II wojny światowej.

WYSZEDŁ TYLKO PO TRUSKAWKI

– To był wyjątkowy pech. Imieniny taty, 24 czerwca 1941 r. Ojciec pracował wtedy w szpitalu Jana Bożego w Lublinie i wyszedł na chwilę, aby kupić koszyk truskawek. I wpadł. To była przypadkowa łapanka – wspomina ojca Antoni Klonowski, z którym rozmawiałam podczas Zjazdu Rodzin Więźniów Majdanka.

Jan Klonowski to jeden spośród 230 lekarzy i lekarek, którzy byli więźniami Majdanka. Był jednym z medyków obozowych najdłużej niosących pomoc. Wcześniej, przed wybuchem II wojny światowej,



Rodzina Klonowskich: mama i tata z synami

pracował jako lekarz w 63. Pułku Piechoty w Toruniu. Był żołnierzem kampanii wrześniowej, uczestniczył także w obronie Warszawy. Po aresztowaniu najpierw przebywał w więzieniu na Zamku Lubelskim, a potem w obozie koncentracyjnym Sachsenhausen, skąd przetransportowano go do KL Lublin, gdzie oczekiwał likwidacji obozu.

Na Majdanku Klonowski dostał numer 25. Jego zadaniem było zorganizowanie apteki obozowej, którą kierował. Jeden z więźniów, z którym się zaprzyjaźnił, ks. Witold

Kiedrowski-Kołodko, wspominał: „Gdy chodzi o Majdanek, decydującą rolę odegrali moi przyjaciele z podziemia (...) i Janek Klonowski. Nigdy nie wypowiem jego zasługi, która niespodziewane owoce wydała. Najpierw uratował mi życie, prowadząc jako chorego na zapalenie płuc, gdy byłem chory na tyfus. I tak uniknąłem komory. Nie żałował trudu, by ze mnie „aptekarsza” zrobić”. Inny lekarz więziony na Majdanku, Zacheusz Pawlak, o Janie Klonowskim opowiadał tak: „Kiedy w obozie zapanowała epidemia tyfusu plamistego, pragnąc dostarczyć szczepionkę przeciwtyfusową Weigla i inne leki dla setek ciężko chorych więźniów, Klonowski z księdzem Kołodko podjęli wielką akcję, znaną tylko niewielu wtajemniczonym pod kryptonimem „lekarstwa”. W rezultacie wczesną wiosną 1943 r. do obozu trafiła pierwsza partia szczepionek przeciwtyfusowych dla więźniów Majdanka.

Bezpośrednio po wojnie dr Klonowski został wcielony do wojska, gdzie był szefem służby medycznej. W 1973 r. podjął pracę jako lekarz specjalista rentgenolog. Zmarł w 2013 r., mając 101 lat! – Tata bardzo mało opowiadał o swoich przeżyciach na Majdanku. Chyba nie chciał do nich wracać, skupił się na nowym etapie życia: założył rodzinę, wychowywał czwórkę dzieci, miał pracę i pacjentów, co całkowicie wypełniało mu życie – wspomina syn.

230

tylko lekarzy i lekarek było więźniami Majdanka.



Od lewej: Rodzina dr Stefania Perzanowskiej; Antonii Klonowski (syn Jana Klonowskiego)

BABCIA PRZEŻYŁA CZTERY OBOZY

– Stefania Perzanowska dla mnie i mojego brata była przede wszystkim ukochaną, najlepszą na świecie babcią, do której jeździliśmy co tydzień z Warszawy do Radomia. Z całą pewnością rozpieszczała nas. Zawsze opanowana, łagodna, pełna stoickiego spokoju i ciepła – wspomina Krzysztof Korczak. – Dzisiaj myślę, że ten spokój wynikał z dystansu do życia, który chyba naturalnie rodzi się w ludziach, którzy przeszli przez koszmar obozów, a babcia była więźniem aż czterech. Oprócz Majdanka i KL Auschwitz-Birkenau była także więźniarką obozów w Ravensbrück i Neustadt-Glewe. W każdym z oddaniem i poświęceniem ratowała ludzkie istnienia, w każdym zakładała szpitale dla więźniów – dodaje wnuczek Stefania Perzanowskiej.

Na Majdanku to właśnie dzięki staraniom dr Perzanowskiej (pseudonim „Żywna”) powstał pierwszy kobiecy barak szpitalny. Wcześniej jako lekarz uczestniczyła w obronie Warszawy we wrześniu 1939 r. Działała w konspiracji. Na Majdanek trafiła w styczniu 1943 r. – Babcia często wspominała swoje obozowe przeżycia. Jedno z nich dotyczyło oprawcy z Oświęcimia doktora Josefa Mengele, z którym musiała współpracować jako lekarka – więzień obozu. Mengele codziennie jej powtarzał: „Ty nie przeżyjesz. Nie masz szans”. Los pokazał, jak bardzo się mylił! – wspomina Krzysztof Korczak. Do końca cieszyła się życiem. – Mimo zapracowania, bo po zajęciach w szpitalu

przyjmowała jeszcze pacjentów w gabinecie w domu, potrafiła znaleźć czas dla nas. Na przykład zbieraliśmy razem rośliny do zielnika – opowiada mi Krzysztof i dodaje: – Zdradzę, że miała jedną słabość. To papierosy, które zaczęła palić jeszcze jako studentka na zajęciach w prosektorium. Jednak pokonała nałóg. Pewnego dnia, w wieku 70 lat po prostu rzuciła papierosy i nigdy do nich nie wróciła.

TATA BYŁ SKRYTY

Romuald Sztaba był absolwentem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego oraz Szkoły Podchorążych Sanitarnych Rezerwy. Żołnierz kampanii wrześniowej i członek konspiracji. W lutym 1942 r. trafił na Majdanek. Był lekarzem w rewirze pola I w bloku 2 – chirurgicznym, a także w bloku dla chorych na tyfus i świerzb. Działał w obozowym ruchu oporu, współpracował z PCK. Od 1955 r. mieszkał w Gdańsku. Był kierownikiem Kliniki Chirurgii Dziecięcej Akademii Medycznej.

„Żaden z polskich lekarzy nie wybierał do gazu i nie decydował o tym. Selekcję przeprowadzali lekarze niemieccy, a czasem podoficerowie. Ustawiano w szeregu wynędzniałe szkielety, trzęsące się z osłabienia i temperatury, bo podczas duru człowiek jest zamroczony, odurzony. Chwiejąc się, szli jeden za drugim na cieniutkich nogach, duża ostrzyżona głowa, przerażony wzrok, nie bardzo świadomi, co się dzieje. Na środku stawał esesman, kapo albo dwóch podoficerów, obok ja.

Tamten decydował: na lewo – do gazu, na prawo – jeszcze może pożyć. I koniec” – wspominał po latach Romuald Sztaba.

Córka Romualda Sztaby, Ewa Sztaba-Chmielarz, opowiadając o ojcu, powołuje się na jego pamiętniki. Cztery bruliony notatek, które spisywał w latach 1956-1982. Zawierają one różne zapiski i refleksje, ale nie ma w nich nic o wojnie ani o traumie, ani o pobycie w obozach. – Tata był człowiekiem skrytym. Nie opowiadał o swoich przeżyciach obozowych – zaznacza Ewa Sztaba-Chmielarz.

OTTO HETT TO MÓJ STRYJ

– Przyjeżdżam tutaj, bo chcę poznać historię mojego stryja, niemieckiego lekarza więzionego na Majdanku. To mój obowiązek – podkreśla Gerhard Hett, który od kilku lat, zawsze na rowerze, dociera na Majdanek. Jego stryj Otto Hett przed wojną ukończył studia medyczne i już w 1938 r. z powodu poglądów politycznych (jawnie krytykował faszyzm) został aresztowany. Osadzono go w KL Dachau, a w 1941 r. przeniesiono na Majdanek i oznaczono numerem 15. Początkowo pełnił funkcję kapo rewiru w baraku szpitalnym na polu I, następnie został naczelnym lekarzem na II polu w lazarecie dla inwalidów, jeńców sowieckich. Wśród więźniów miał opinię prawego człowieka i lekarza starającego się w miarę możliwości jak najlepiej wykonywać swoje obowiązki. Został zastrzelony dosłownie na chwilę przed wyzwoleniem obozu, w czasie pieszego transportu ewakuacyjnego z Majdanka do KL Auschwitz w lipcu 1944 r. Niemcy woleli pozbyć się takiego świadka. ■

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

GRA Z CIENIEM

(fragmenty)

Przy biurku siedziała siwiejąca kobieta o łagodnych, brązowych oczach. Równo i regularnie stuknęła w klawiaturę, nie patrząc na monitor i pisany tekst. Po dłuższej chwili zatrzymywała wystukiwanie liter i czytała napisane fragmenty opinii, epikryzy czy analizy – powoli poprawiała błędy. Nie umiała, jak młodszy, pisać, nie patrząc na klawiaturę, a jedynie na monitor, natomiast potrafiła napisać całą stronę, a dopiero potem powoli poprawiać i uzupełniać urwane zdania czy błędnie napisane słowa. W pokoju było już szaro, świeciła się tylko jedna lampa stojąca na półce nad biurkiem i oświetlała głowę oraz dłonie piszącej. Na ścianach wisiły obrazy – oryginały – panoramy Biecza, mały delikatnie malowany akwarelami brzeg jeziora, rynek we Lwowie z pomnikiem Mickiewicza, kwiaty – Maki i Słonecznik. Na wprost siedzącej przy biurku wisi piękny kalendarz. Za plecami miała zwykłą, bez wyrazu „służbową” biblioteczkę pełną książek, teczek z gromadzonymi odbitkami, publikacjami. Dzięki obrazom, kwiatom w słoju tworzącymi miniaturowy krajobraz z fikusem, dwoma poduszkami mchu, niewielkim jasnozielonym aloesem i jakąś inną drobną, zieloną rośliną, pokój nabierał osobistego wyrazu. Wszystko to razem tworzyło niecodzienne wnętrze zwykłej, lekarskiej dyżurki w szpitalu. Ale to był jej pokój, więc musiał mieć coś, co pozwalało jej czuć się dobrze i pracować spokojnie. O tej porze wieczoru już nie dzwonił telefon, więc cicha muzyka dopełniała nastroju. To była ta pora dnia, którą lubiła w szpitalu najbardziej.

Pojawiła się w nim jako studentka trzeciego roku wydziału lekarskiego ponad pół wieku temu. Potem jako stażystka, a w końcu już jako pracownik. Trafiła na wymarzoną hematologię z nadziejami znalezienia odpowiedzi na wiele pytań naukowych i klinicznych. Jej ciekawość pchała ją do pracy w laboratorium, nie tylko wśród pacjentów na oddziale. Tu na oddziale, badając chorych, rejestrowała objawy, czuła ból i cierpienie, widziała jak choroba zabijała, jak niewiele można było zrobić, aby uratować te dzieci. A potem oglądała te komórki pod mikroskopem, szukając odpowiedzi na pytanie, dlaczego nagle złośliwieją, stają się nieposłuszne czynnikom regulującym ich życie i funkcję, dlaczego mnożą się bez końca, szkodzą i zabijają. Dlaczego, choć wyglądały tak samo, komórki od niektórych pacjentów wykazywały wrażliwość na leki, co pozwalało zahamować ten proces dostępnymi wówczas lekami, a niektórych komórek nie dało się pokonać. Nawet teraz, gdy tych leków jest o wiele więcej, gdy są schematy ich stosowania, a terapia jest bardzo agresywna, nadal są takie formy rozrostów nowotworowych, w których żadne leczenie nie hamuje agresji komórek. (...)



gazetalekarska.pl

O AUTORZE



**ANNA PITUCH-
NOWOROLSKA**

Laureatka VIII edycji konkursu „Przychodzi wena do lekarza” I miejsce w kategorii PROZA

Lekarz pediatra, immunolog kliniczny. Po studiach rozpoczęła pracę w Klinice Hematologii Instytutu Pediatrii w Krakowie. Po obronie pracy doktorskiej została zatrudniona w powstającej pracowni immunologicznej, która z czasem rozwinęła się do Katedry Immu-

nologii Klinicznej. Od 2004 r. prowadzi Oddział Immunologii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Jej pierwszy tomik „Bukiety czasu” wydano w 2006 r. Potem opublikowano kolejne, m.in. „Gotyk”, „Skrzynia pełna wiatru” czy „Portret z magnolią”. Na potrzeby spotkań poetyckich w Sali Fontany klubu Pod Gruszką opracowała 4 scenariusze spektakli poetyckich. Prowadzi własne warsztaty poetyckie pod nazwą „Spacer z poezją”.

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE**ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU
LEKARSKIEGO AM W KRAKOWIE, ROCZNIK
1978-1984**

Serdecznie zapraszamy do udziału w zjeździe, który odbędzie się 14 września w Krakowie. Patronat honorowy: Prorektor UJ ds. Collegium Medicum prof. dr hab. med. Tomasz Grodzicki. Za Komitet Organizacyjny: Ewa Pałuba, e-mail: ewapaluba@poczta.fm; Andrzej Fugiel, e-mail: fugiel@mp.pl, tel. 604 299 111. Wszelkie informacje na stronie: www.mp.pl/35lecie1984

**WYDZIAŁ LEKARSKI I ODZIAŁ
STOMATOLOGII AM W POZNANIU,
ROCZNIK 1974-1979**

Zapraszamy na spotkanie z okazji 40-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się 16 listopada w hotelu Meridian's w Poznaniu. Koszt: 300 zł /os. Wpłaty do 31 października na numer konta: 12 1090 1359 0000 0001 4313 5389 (odbiorca: Barbara Filipiak, Kamila Kocent). Rezerwacja noclegów w recepcji hotelu lub pod nr. tel. 61 656 53 53, 698 864 152. Informacje: Kamila Kocent, tel. +48 605 830 216, nordent.poznan@gmail.com, Barbara Filipiak, tel. +48 502 975 065, filipiakbarbara@wp.pl

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
I ODDZIAŁU STOMATOLOGII AM
W POZNANIU, ROCZNIK 1958-1964**

Spotkanie z okazji 55-lecia ukończenia studiów odbędzie się 19 października w Poznaniu. Opłatę (130 zł) prosimy przekazać do 15 września na konto: 45 1020 4027 0000 1102 0404 3501 Wielkopolskiej Izby Lekarskiej [adres jak niżej], tytułem: 55-lecie, imię

i nazwisko. Kontakt z KO: WIL, 61-734 Poznań, ul. Nowowiejskiego 51, tel. 61 852 58 60, wew. 127 (p. Krzysztof Biegański), 180 (sekretariat), izba@wil.org.pl, Ewa Trzaska (tel. 48 602 651 009), Andrzej Habrych (tel. 48 604 579 671), Ewa Woźniak (tel. 48 609 483 839).

**ABSOLWENCI ODDZIAŁU STOMATOLOGII
AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1989**

Zapraszamy na spotkanie z okazji 30-lecia ukończenia studiów organizowane w Lublinie 10 listopada w Centrum Konferencyjnym Focus, ul. Skowronkowa 2 Lublin. Informacje dotyczące programu i kosztów na stronie <https://jeryskoczek.wixsite.com/30lat> lub telefonicznie u organizatorów +48 509 6199 55, +48 602 392 417.

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
(ROCZNIK 1964-1970) I STOMATOLOGII
(ROCZNIK 1964-69) W GDAŃSKU**

Odnowienie dyplomów 15 maja 2020 r. o 10.00 w Ateneum Gedanense Novum w Gdańsku i spotkanie towarzyskie w: Rzemieślnik Gdańsk-Jelitkowo Piastowska 206 od 18.00. Udział w części oficjalnej: 250 zł od absolwenta, spotkanie wieczorem: 230 zł za os. Wpłaty na konto BS 12833500030113741620000030. Noclegi: tel.: 58 553 00 57, konto 11114010100000485977004001, e-mail: rezerwacja@rzemieslnik-gdansk.pl. Informacje: Zygmunt Adrich (z.adrich@gmail.com, +48 517 740 906), Urszula Czepek (cyrografia@gmail.com, +48 604 439 668), Barbara Kamińska (bkam@gumed.edu.pl, +48 512 418 229), Maria Loose Kuzora (mkuzora@gmail.com, +48 606 265 557), Janina Woszczyńska (janinaw@interia.pl, +48601 216 352).

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



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 czyjś los choć trochę się odmieni.

Ogromnie dziękuję za datki, które napływają do nas z całej Polski: Gdańska, Miedzianej Góry, Warszawy, Kluczborka, Nowego Sącza, Tarnowa, Legnicy, Mielca.

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

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

Komunikat do fachowych pracowników ochrony zdrowia dotyczący produktu leczniczego Mucofluid®: przypomnienie o istniejącym przeciwwskazaniu o stosowaniu produktu u dzieci poniżej drugiego roku życia oraz informacja o zakończeniu dystrybucji tego produktu

Szanowni Państwo!

UCB Pharma S.A. w porozumieniu z Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych pragnie przekazać Państwu następujące informacje:

Podsumowanie

- UCB Pharma S.A. podjęło decyzję biznesową o złożeniu wniosku o skrócenie ważności pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego Mucofluid®. W związku z zaobserwowanym stosowaniem produktu poza zalecanymi wskazaniami u pacjentów pediatrycznych, wprowadzono działania zapobiegawcze i wstrzymanie dostaw nastąpiło wcześniej, niż było to planowane.
- W nawiązaniu do otrzymanych ostatnio przez UCB informacji o stosowaniu leku poza zalecanymi wskazaniami, przypominamy, że:
 - *Mucofluid® jest przeciwwskazany do stosowania u dzieci w wieku poniżej 2 lat, gdyż stosunek korzyści do ryzyka podawania leków mukolitycznych dzieciom nie może być uznany za pozytywny*
 - *Nie należy podawać leku Mucofluid® dzieciom i młodzieży ze względu na brak wystarczających danych dotyczących bezpieczeństwa stosowania i skuteczności tego produktu.*

W okresie, w którym lek Mucofluid będzie jeszcze dostępny na polskim rynku, UCB pragnie przypomnieć Państwu, że w przypadku przepisania leku Mucofluid®, należy wziąć pod uwagę fakt, że lek ten jest przeciwwskazany do stosowania u dzieci w wieku poniżej 2 lat, gdyż stosunek korzyści do ryzyka podawania leków mukolitycznych dzieciom nie może być uznany za pozytywny. Nie należy również podawać leku Mucofluid® u dzieci i młodzieży ze względu na brak wystarczających danych dotyczących bezpieczeństwa stosowania i skuteczności tego produktu.

Mucofluid® aerozol do nosa należy do grupy leków mukolitycznych i jest wskazany do stosowania u dorosłych, w miejscowym, objawowym leczeniu niedrożności nosa spowodowanej przez zbyt obfitą lub zbyt lepłą wydzielinę. Należy podawać jedną dawkę do każdego otworu nosowego, w razie potrzeby, średnio 4 razy na dobę, aż do ustąpienia objawów.

Przeciwwskazanie do stosowania u dzieci w wieku poniżej 2 lat leku Mucofluid® wprowadzono ze względu na fakt, że stosunek korzyści do ryzyka podawania leków mukolitycznych dzieciom nie może być uznany za pozytywny. Oprócz ograniczonych dowodów skuteczności dla tej populacji, istnieje możliwość wystąpienia niepożądanych reakcji alergicznych. Dodatkowo, ze względu na ograniczoną zdolność wywołania odruchu kaszlowego u noworodków i specyficzną budowę anatomiczną oraz fizjologię dróg oddechowych u niemowląt, stosowanie leków mukolitycznych w tej grupie pacjentów może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem skurczu oskrzeli.

Zgłaszanie działań niepożądanych

Wszelkie przypadki podejrzenia wystąpienia działań niepożądanych należy zgłaszać zgodnie z zasadami monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych do Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: + 48 22 49 21 301, fax: + 48 22 49 21 309, e-mail: ndl@urpl.gov.pl formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego jest dostępny na stronie internetowej: <http://www.urpl.gov.pl>

Niepożądane działania produktu leczniczego mogą być również zgłaszane do przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego, pod następującym adresem:

UCB Pharma Sp. z o.o., ul. Z. Herberta 8, 00-380 Warszawa, tel.: +48 22 696 99 20;

fax: +48 22 745 23 00, e-mail: ds.pl@ucb.com

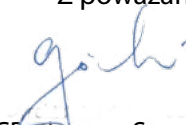
Dodatkowe pytania

W celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji należy zwrócić się do przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego, pod następującym adresem:

UCB Pharma Sp. z o.o., ul. Z. Herberta 8, 00-380 Warszawa, tel.: +48 22 596 97 97;

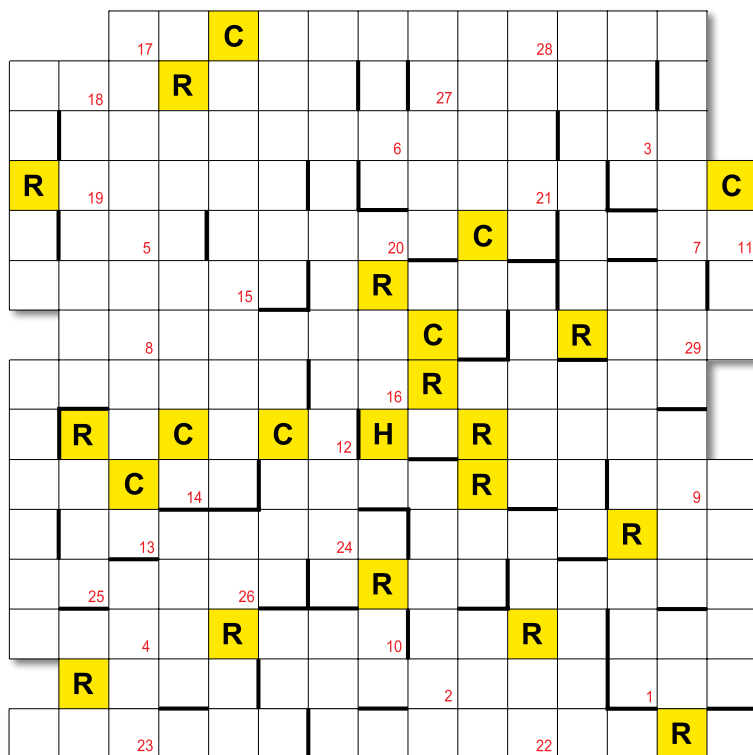
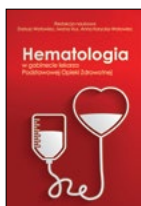
fax: +48 22 745 23 00; e-mail: UCBCares.PL@ucb.com

Z poważaniem



Dyrektor Medyczny UCB Pharma Sp. z o.o.
Piotr Górski

Objaśnienia 75 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: C, H i R. Na ponumerowanych polach ukryto 29 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Mahometa. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 24 września 2019 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* krwotoczna lub dnawa * agitacja, zachęta * lewobrzeżny sąsiad Chartumu
 * maż * wynalazł dynamit * kieruje się własnym interesem * pierwsza
 stolica Japonii * alarm w Hondzie * koryta parzystokopytnych * laska
 nauczyciela fizyki * stacja metra w 4. dzielnicy Paryża * sztuka układania
 kwiatów * odczyn antystreptolizynowy * saudyjska złotówka * nazwisko
 naszych alpinistek sprzed ponad 30 lat * kolor niebielonego płótna * przed
 prometem * założenie miasta * miejsce klęski Włoch w Etiopii (1986) *
 zodiaku lub drogowy * sekcja zwłok * maluje auta * bracia, pierwsi lotnicy
 * biegowa lub zjazdowa * las olchowy * krewny w linii męskiej * płynie
 przez Pizę * dowcip, zabawa * badanie rezonansem magnetycznym *
 stacza się ze zbocza * trzecie miasto Angoli * partnerka Kalego * między
 azotem a fluorem * przenośny wigwam * Szymon, autor Dybuka * państwa
 * język Seneki * burza, wichura * długich noży * puszczone w skarpetkach
 * saturnizm * rzesza, horda * siatka po serwie * oczekiwanie myśliwego *
 proeuropejska postać Zeusa * jesteśmy weni wpatrzeni * izolacja, samotność
 * gobelin * neuryt * system radarowy na samolotach * trzecia w Balearach *
 spalił Rzym * wodne do masażu * prostytucja * Bolesław, laureat Konkursu
 Chopinowskiego (1932) * hurapatriota * jadowna ropuchowata * członek
 izby wyższej * dawna nazwa Tokio * praojciec * choroby wewnętrzne
 * język baskijski * Leszek, lewicowy filozof (1927-2009) * Louis Van, były
 trener Manchester Utd * dwie szyny * Bóg Najwyższy, wcielenie Wisznu *
 imię Halep, zwyciężczyni Wimbledonu * syn Afrodyty i Aresa * zaczyna się,
 mówiąc * twierdza Ordona * region pd. Ontario * osłabienie, wyczerpanie
 * III, koronował Chrobrego * angielskie nowości * między Kopacz
 a Radziwiłłem

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 245 („GL” nr 06/2019)
Ludzie chętnie wierzą w to, czego pragną.

Nagrody otrzymują:

Katarzyna **Grochowska** (Lublin), Piotr **Kostanecki** (Trójca), Joanna
Rozwadowska-Magda (Rzeszów). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo
 Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelna
Rada
Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 176 200 tegz.

Rada Programowa
Sławomir Badurek (sekretarz)
Jarosław Biliński
Paweł Czekalski
Ryszard Golański
Krzysztof Madej (przewodniczący)
Dariusz Paluszek
Damian Patecki
Marek Stankiewicz
Jarosław Wanecki
Jacek Woszczyk

Redaktor naczelna
Marta Jakubiak
 Tel. 698 297 739
naczelny@gazetalekarska.pl

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

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

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

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

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

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

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

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega
 sobie prawo do skrótów, adiacji, zmiany tytułów. Redakcja
 nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy
 o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze
 pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczo-
 ną jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania
 recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczni-
 czymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r.
 – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmia-
 nami i rozporządzeniami).

