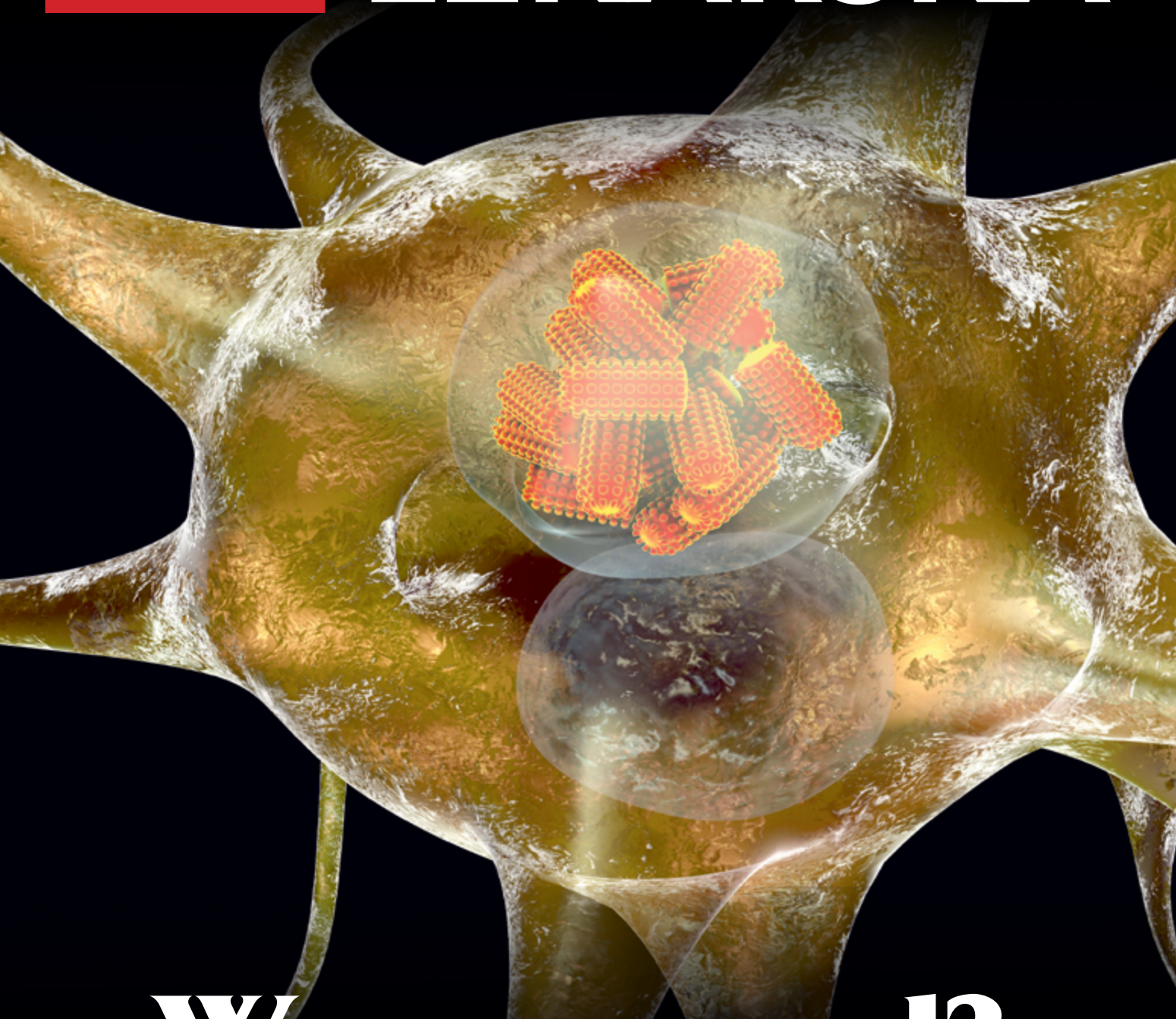




GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

11 | 2021



W co gra rząd?

**Zabójcza strategia na przeczekanie | Nie można tak lekceważyć lekarzy
NRL rekomenduje ograniczenie pracy | Gdy chwieją się fundamenty**

W tym numerze

NR 11/2021 LISTOPAD GAZETA LEKARSKA



PRAKTYKA LEKARSKA

45

Nastał czas
hejterów



52

Jesteśmy
tam potrzebni

MEDYCYNAGRANICY



48

PANDEMIA

Jesień problemów

Samorząd

- 4 Zabójcza strategia na przeczekanie (Andrzej Matyja)
- 6 NIEporozumienie
- 8 Dyplom na kredyt – felieton nostalgiczny (Krzysztof Madej)
- 10 Liczył się głos każdego lekarza
- 13 Umarliśmy razem z Tobą, Teresko

Temat numeru

- 18 Protest medyków w liczbach
- 19 W co gra rząd?
- 22 Walka trwa
- 24 Nie można tak lekceważyć lekarzy

Prawo i medycyna

- 26 Nienależna specjalizacja
- 28 Lekarz na kontrakcie a przeniesienie kar z NFZ
- 32 Leczenie dziecka

Praktyka lekarska

- 34 Radiologia dociążona obowiązkiem (Andrzej Ciśło)
- 35 Szczoteczka, nitka czy irygator?
- 36 Wyzwania na przyszłość
- 38 Biuletyn
- 45 Nastał czas hejterów
- 48 Jesień problemów
- 52 Jesteśmy tam potrzebni
- 53 Moglibyśmy zrobić więcej
- 54 Temperatura i dotyk

- 56 Czas docenić reumatologię
- 58 Stosowanie terapii daremnej

Ze świata

- 61 Gdy chwieją się fundamenty

Po godzinach

- 66 Dlaczego jest tak, jak jest (Sławomir Badurek)
- 67 Ballada o dwóch prędkościach (Jarosław Wanecki)
- 68 Każdy może tworzyć historię
- 69 Poezja. Proza. Jubileusz
- 70 Na biało
- 72 Kultura
- 75 Sport / Zjazdy koleżeńskie
- 76 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

Zabójcza strategia na przeczekanie



Andrzej Matyja
prezes NRL

**Nasza ochrona zdrowia jest jak pacjent
na intensywnej terapii, który musi korzystać
już nie z respiratora, lecz z ECMO.**

Od dawna uprzedzaliśmy, że tak się stanie. Zamykane są kolejne oddziały. Brakuje lekarzy, bo – jak donoszą media – rzucają papierami, mają dość. W tym samym czasie coraz więcej pacjentów covidowych zapełnia łóżka szpitalne, liczba zaszczepionych jest jedną z najniższych w Europie, a po stronie rządzących nie widać determinacji, by nieprzekonanych zachęcać do szczepień. Na skandal zakrawa fakt, że fundusz kompensacyjny, który miał wytrącić argumenty przeciwnikom szczepień, do tej pory nie został utworzony, prace nad projektem ślimaczą się. obrońcy wolności dowodzą swojej niezłomności, bohatersko walcząc z maseczkami. Rządzący wydali dyspozycje, by odpowiednio służby egzekwowały obowiązek noszenia masek, ale dopiero wówczas, gdy zaczęła gwałtownie rosnąć liczba zakażeń, choć nawet i wtedy widać było, że przepisy przez same władze traktowane są z przy-mrużeniem oka. Decyzje podejmowane są z opóźnieniem, chaotycznie, bez konsekwencji. O, przepraszam – konsekwencję można dostrzec w ignorowaniu opinii ekspertów i ich ostrzeżeń.

Jeszcze nie skończyła się zimowo-wiosenna fala zakażeń, a już apelowano do rządzących, by wyciągnęli wnioski z dotychczasowych doświadczeń. Latem prognozowano, kiedy i gdzie wirus zaatakuje jesienią. Ja sam zwracałem się do przedstawicieli środowisk politycznych, by w regionach, gdzie zdobyli najwyższe poparcie, zachęcali swój elektorat do szczepień. Apelowaliśmy też do duchownych Kościoła katolickiego, by korzystając z autorytetu, szczególnie na tzw. ścianie wschodniej i Podkarpaciu, nakłaniali wiernych do szczepień. Odzew był niewielki, a gotowość do szczepień ani drgnęła. Mało tego, również reakcje na wyrażenie antyszczepionkowe wystąpienia były rachityczne. Do tego, jak ujawniono, rząd z publicznych pieniędzy wspiera ugrupowania promujące m.in. postawy antyszczepionkowe i negujące covidowe zagrożenie. Nie wykazuje też dostatecznej determinacji, by ukrócić coraz większą zuchwałość hejterów atakujących lekarzy.

Rządzący dostali wiele bardzo konkretnych ostrzeżeń i podpowiedzi o tym, co zrobić, by ochrona zdrowia była bardziej elastyczna i odporna na kryzysy (sam uczestniczyłem w kilku takich ciekawych debatach)

Medal im. Dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni”

Szanowne Koleżanki, szanowni Koledzy,

zapraszamy członków i organy izb lekarskich, a także przedstawicieli instytucji związanych z ochroną zdrowia, do zgłaszania kandydatur osób lub instytucji, które były i/lub są szczególnie zaangażowane w działalność o charakterze społecznym lub filantropijnym i zasługują, Waszym zdaniem, na przyznanie Medalu „Hominem Inveni”.

Medal „Hominem Inveni” przyznawany jest za zasługi w działalności społecznej oraz filantropijnej ukierunkowanej na niesienie bezinteresownej pomocy i wsparcia potrzebującym. Zgodnie z regulaminem rocznie przyznawane są nie więcej niż dwa medale. Formularz wniosku o nadanie medalu można pobrać ze strony Naczelnej Izby Lekarskiej poświęconej działalności Kapituły Medalu „Hominem Inveni”, w zakładce „NIL – Dokumenty”.

Wypełnione wnioski należy przesłać na adres: **Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa** z dopiskiem na kopercie „**Medal Hominem Inveni**” lub na adres poczty elektronicznej **sekretariat@hipokrates.org** w terminie do **10 grudnia 2021 r.**

Mariusz Janikowski
Kancierz Kapituły Medalu „Hominem Inveni”

i choć na efekty wprowadzenia w życie wielu wniosków trzeba czasu, to z pierwszymi krokami nie można zwlekać). Niestety, rząd chce działać szybko, ale forsując rozwiązania szkodliwe, które mogą przynieść więcej szkody niż pożytku (przykłady to asystent chirurga, otwieranie granic dla medyków spoza UE bez rzetelnie zweryfikowanej wiedzy, pomysł na uruchomienie dodatkowej sieci szkół kształcących medyków bez gwarancji jakości). Do tego w drugim roku pandemii nowa jej fala decydentów z Miodowej zaskoczyła jak anegdota zima drogowców. Może po raz kolejny myśleli, że jakoś to będzie, bo przecież medycy nie mogą odmówić pomocy.

I w istocie, nie odmówili, ale ponieważ nasza cierpliwość była wielokrotnie wystawiana na próbę, jesienią ubiegłego roku połączyliśmy siły jako reprezentacja zawodów medycznych. Najpierw pokazaliśmy żółtą kartkę pod hasłem *#LeczymyMimoWszystko*, wskazując obszary wymagające szybkiej i stanowczej naprawy, by we wrześniu tego roku, gdy okazało się, że perspektyw na pozytywne zmiany nie widać, a za błędy i zaniechania rządzących będą płacić i pacjenci, i medycy, protestujący na ulicach Warszawy wykrzyczeli swoją niezgodę na marazm, grę pozorów, i granie z ludzkim zdrowiem i życiem.

Minister zdrowia nie skorzystał z szansy, jaką dali mu protestujący medycy. Tak, nie pomyliłem się – szansy... Mógł kryzys przekuć w sukces – konsens negocjacyjny wypracowany z reprezentatywnym gronem medyków skupionych w Komitecie protestacyjno-strajkowym. Byłby to gest dobrej woli wobec osób, na których barki – wraz z kolejną falą epidemii – znów spada ciężar ratowania zdrowia i życia ofiar COVID-19. Nic takiego się nie stało. Minister zdrowia zrejterował. Na linii frontu ustawił nowo powołanego wiceministra od dialogu, który złożył protestującym propozycje już wcześniej znane i odrzucone. Zabrakło konkretów, a „porozumienie” przypominało mgławicową deklarację intencji. Do tego negocjacje zostały przeniesione do Zespołu Trójstronnego, choć nie reprezentuje on protestujących.

Technokratyczne podejście do problemów ochrony zdrowia, próby wprowadzania zmian ponad głowami

bezpośrednio zaangażowanych, ostentacyjne ich ignorowanie w sumie oznaczają bezradność i brak sprawczości. Decyzje podejmowane są pod dyktando polityków, wyników sondażowych i kalkulacji koalicyjnych. Politycy większy respekt czują przed koronasceptykami, antyszczepionkowcami, „antymaseczkowymi wolnościowcami”, przeciwnikami paszportów covidowych, pogromcami „ideologii segregacjonizmu” (cokolwiek to znaczy!), niż przed ekspertami i medykami.

Nie liczą się opinie doradców medycznych, ekspertów PAN, uniwersytetów, ostatnio też i Wojskowego Instytutu Medycznego, nie mówiąc o raportach i publikacjach w specjalistycznych czasopismach na temat doświadczeń innych krajów. Prognozy, ostrzeżenia, wizja kolejnych „nadmiarowych” zgonów, zamknięte szpitalne oddziały, pacjenci pozbawieni pomocy – to wszystko z trudem przebija się do lokatorów ministerialnego gmachu przy Miodowej.

Jest więc tak, jak przewidywałem w tym miejscu rok temu, komentując powołanie Adama Niedzielskiego na ministra zdrowia. Zwracałem wówczas uwagę na istotną słabość – brak dostatecznie silnego umocowania ministra zdrowia w strukturze rządu i brak zaplecza politycznego.

Teraz jesteśmy świadkami skutków tej sytuacji w rykaturalnej formie. Minister zdrowia nie podejmuje wyzwania rzuconego przez zdesperowanych medyków, połączonych we wspólnym proteście. Kryje się za plecami pełnomocnika od dialogu, przyznając tym samym, że wcześniej sobie w tym nie radził.

Obecna sytuacja potwierdza, że polska ochrona zdrowia cierpi nie tylko na brak kadr, finansów, pomysłu na rozwiązanie organizacyjne, ale także na brak rzeczywistej woli postawienia jej na nogi, a sytuację niezwykle komplikuje kryzys zaufania i brak wiarygodnego lidera zmian. Ale to temat do analizy dla politologów, socjologów i psychologów społecznych. Lekarze chcą leczyć. Kiedy jako społeczeństwo padamy ofiarą wygodnej strategii „nie widzę, nie słyszę, nie mówię”, to milczeć nie możemy. Problemy nie znikną, a strategia na przeczekanie prowadzi do katastrofy. Zarządcze ECMO tu nie pomoże. ■

Komunikat Kapituły Odznaczenia *Meritus Pro Medicis*

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,

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

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

Wypełnione wnioski należy przysyłać na adres: **Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa** z dopiskiem na kopercie **Meritus Pro Medicis** lub na adres poczty elektronicznej **sekretariat@hipokrates.org** w terminie do dnia **24 listopada 2021 r.**



**Alicja
Szczepczyk**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

NRL rekomenduje ograniczenie pracy



Wiceprezes NRL Artur Drobnik w czasie konferencji prasowej w NIL

Ze względu na znaczne przeciążenie lekarzy i lekarzy dentystów pracą spowodowane wieloletnimi brakami kadrowymi, występującymi szczególnie w publicznej ochronie zdrowia, a także zwiększonym nakładem obowiązków związanych z pandemią, Naczelna Rada Lekarska zwróciła się do lekarzy i lekarzy dentystów, aby w tak trudnych warunkach pracy nie zaniedbywali swego zdrowia fizycznego i psychicznego oraz własnych rodzin, szczególnie, że rządzący nie zajmują się w dostatecznym stopniu ratowaniem niewydolnego systemu ochrony zdrowia.

W apelu z 22 października podkreślono m.in., że wydolność lekarzy, jak wszystkich, ma ograniczenia, a notoryczne ich przekraczanie wskutek ciągłej pracy zawodowej w wymiarze ponad 48 godzin w tygodniu prowadzić może do utraty zdrowia, zmniejszenia koncentracji, a także zwiększenia ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Wobec powyższego zalecono o spojrzenie na kwestię bezpieczeństwa pacjentów przez pryzmat własnego stanu zdrowia, przemęczenia czy przepracowania podczas niesienia im pomocy.

Na konferencji zwołanej w sprawie podjętego apelu, wiceprezes NRL Artur Drobnik zaznaczył, że działania protestacyjne pojawiły się w najodpowiedniejszym czasie, „który pokazuje, że jesteśmy w krytycznej sytuacji w systemie opieki zdrowotnej”. Członek Prezydium NRL Michał Balsa, komentując przepracowanie i poświęcenie medyków, stwierdził, że nie można godzić się na to, aby odpowiedzialność za system nieśli medycy. „Panie ministrze – czas na realne działania” – skwitowała.

NRL oczekuje od rządzących zapewnienia lekarzom i lekarzom dentystom bezpiecznych i godnych warunków wykonywania zawodu, bez utraty możliwości ustawicznego doskonalenia zawodowego, z zachowaniem czasu na życie rodzinne i niezbędną regenerację sił. ■



Prezydium NRL krytykuje resort zdrowia

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej dotychczasowe relacje ministra zdrowia z protestującymi oraz jego reakcje wskazują na brak woli i niewystarczające kompetencje w rozwiązywaniu problemów systemu ochrony zdrowia. W stanowisku z 14 października PNRL przypomina,

że odpowiedzialność za wydolność systemu spoczywa na rządzących, a podtrzymywanie jego działania nie może dłużej opierać się jedynie na olbrzymim zaangażowaniu personelu medycznego.

PNRL oczekuje, że porównywalny poziom zaangażowania w ratowanie

systemu ochrony zdrowia wykażą politycy, z ministrem zdrowia na czele, oraz że plan rzeczywistych działań naprawczych zostanie przedstawiony i uzgodniony z reprezentantami zawodów medycznych, wraz z harmonogramem i gwarancją ich realizacji. ■

NIEporozumienie

Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia spotkał się po raz ostatni z przedstawicielami ministra zdrowia 7 października, kiedy strona resortu przedstawiła projekt porozumienia. Według protestujących, żaden punkt dokumentu nie był uzgodniony z komitetem i nie stanowił kompromisu, ale był pretekstem dla ministra zdrowia do zerwania negocjacji i przeniesienia rozmów do Trójjstronnego

Zespołu. Ponadto nie zawierał żadnych zobowiązań, a zawarte w nim propozycje wskazywały w ocenie komitetu na brak kompetencji i uprawnień w zakresie strategicznych decyzji budżetowych i ekonomicznych.

Tydzień po otrzymaniu propozycji MZ, komitet przedstawił własną wersję porozumienia, którą przekazano także do premiera. Oba projekty są dostępne m.in. na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej. ■



Apel ws. uchodźców

W obliczu dramatycznych wydarzeń rozgrywających się na granicy z Białorusią, prezes NRL Andrzej Matyja zaapelował do prezydenta Andrzeja Dudy oraz premiera Mateusza Morawieckiego o zezwolenie medykom i organizacjom humanitarnym na udzielenie pomocy uchodźcom, którzy

przepędzeni z własnych domów, utknęli na „ziemi niczyjej”. W piśmie nawiązano m.in. do wystąpienia Prezydenta RP na 76. sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ o wspólnym udowodnieniu, że nasz kraj rzeczywiście dąży do bycia częścią świata bez dyskryminacji, bez obrażania

godności człowieka, świata opartego na międzyludzkiej i międzypaństwowej solidarności.

Kancelaria Premiera RP przekazała apel „według kompetencji” do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. ■

Nie będzie zawodówek, ale...

12 października odbyło się wspólne posiedzenie sejmowych Komisji Zdrowia oraz Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży, którego przedmiotem było rozpatrzenie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw, które przewidywało umożliwienie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów w tzw. zawodówkach. Samorząd lekarski domagał się wycofania tego projektu z dalszych prac legislacyjnych, zarówno z powodów formalnych, jak i merytorycznych.

W krytycznym wobec projektu ustawy stanowisku Prezydium NRL wskazano, że

przepisy wprowadzono z naruszeniem podstawowych zasad prawodawstwa, bowiem już po przeprowadzonych konsultacjach publicznych do projektu tej ustawy dodano istotne zmiany dotyczące lekarzy i lekarzy dentystów, które nie zostały zaopiniowane przez samorząd lekarski. Zdaniem PNRL projektowana zmiana sposobu kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów nie gwarantowała utrzymania wysokich standardów studiów medycznych, co byłoby przede wszystkim szkodliwe dla pacjentów i ich bezpieczeństwa, ale także dla ewentualnych absolwentów takich uczelni.

Stanowisko zostało zamieszczone na stronie Sejmu RP jako oficjalna opinia dotycząca projektu.

Poprawki, popierające stanowisko samorządu lekarskiego, tj. o wykreśleniu z projektu ustawy przepisów dotyczących kształcenia lekarzy, zostały odrzucone. Przegłosowano natomiast poprawkę, w wyniku której uczelnie zawodowe nie będą mogły kształcić na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Będą to mogły robić tylko uczelnie akademickie, jeżeli zechcą otwierać wydziały lekarskie i spełnią określone kryteria. ■

Wena przyszła do NIL



Podczas tegorocznej Gali Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego „Przychodzi Wena do lekarza” Naczelna Izba Lekarska została wyróżniona w ramach podziękowania za 10 lat współpracy. W imieniu samorządu lekarskiego, statuetkę Akrobatów za zaangażowanie w organizację i uświetnianie konkursu odebrał prezes NRL Andrzej Matyja. ■



NROZ **o fałszywych** **zaświadczeniach**

W związku z docierającymi do Naczelnej Izby Lekarskiej informacjami o udziale lekarzy w wystawianiu fałszywych zaświadczeń potwierdzających szczepienia przeciwko COVID-19, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wskazał, że w jego ocenie takie postępowanie należy uznać za przewinienie zawodowe. W komunikacie, który został ponownie opublikowany na stronie NIL, NROZ przypomina, że lekarz albo lekarz dentysta podejmujący się takich działań, w sposób rażący narusza zasady etyki lekarskiej oraz przepisy związane z wykonywaniem zawodu. Ponadto powyższe postępowanie może stanowić przestępstwo i prowadzić do odpowiedzialności karnej. ■



Dyplom na kredyt – felieton nostalgiczny

Projekt ustawy o, jak to nazwał jeden publicysta, „produkowaniu lekarzy w szkołach zawodowych”, został już opisany na wszystkie strony.

Krzysztof Madej

Felietonista, odgrzewając ten temat, ryzykuje, że czytelnik po pierwszym zdaniu odłoży lekturę z braku przykuwającej uwagę nowości. Odnoszę jednak wrażenie, że całe konteksty: mentalny, społeczny, środowiskowy i polityczny tego pomysłu legislacyjnego nie zostały opisane tak, aby na ich podstawie móc przewidywać przyszłość. Spróbuję zabawić się w proroka.

Trzeba przypomnieć, że projekt ustawy z druku 1569 składa się z dwóch części. Pierwsza z nich zakładała, że kształcenie lekarzy będzie się mogło odbywać w szkołach zawodowych, druga ustanawia instytucję kredytu na odpłatne studia medyczne. Kredytu z tzw. klauzulą lojalnościową. Ta właśnie pierwsza część ustawy nowelizującej, dotycząca szkół zawodowych, została dopisana do projektu ustawy podstępnie i znienacka, ponieważ projekt wyjściowy, który był opiniowany przez Naczelną Radę Lekarską, zawierał tylko dodanie do ustawy o szkolnictwie wyższym instytucji kredytu na studia medyczne.

O pomysle ze szkołami zawodowymi dowiedzieliśmy się z doniesień medialnych, ponieważ minister zdrowia 21 września br. poinformował o nim w trakcie spotkania w Sanku ze zgrupowaniem Konferencji Rektorów Publicznych Szkół Zawodowych. Powiedział: „już w zasadzie przygotowaliśmy projekt”. Gorączkowe poszukiwania tego projektu pokazały, że rząd wysłał go już do parlamentu. Zdążyliśmy jeszcze wyrazić swój sprzeciw (szkoły zawodowe) i opinię (kredyty), lecz maszyna polityczna już ruszyła. Ustawa „biegusiem” poszła do pierwszego czytania w trybie nieco odmiennym od stosowanego dotychczas, lecz dopuszczalnym regulaminem prac legislacyjnych. Pierwsze czytanie odbyło się na posiedzeniu plenarnym, a nie w komisji, więc bez ekspertów i (jak to się dziś wytwornie mówi) interesariuszy zewnętrznych. Zapewne po to, aby nikt w tej „gorączce” nie przeszkadzał.

Wyraziliśmy opinię w dwóch sprawach: merytorycznej, lecz ona w tej chwili chyba nie ma znaczenia, bo kształt

ustawy jest już najprawdopodobniej przesądzony, oraz w sprawie trybu procedowania. W zastosowanym trybie złamano nie tylko ustawę o izbach lekarskich, ale i ogólne przepisy dotyczące prawodawstwa. Prezes NRL wysłał nawet w tej sprawie list na Berdyczów (o przepraszam – do Pana Premiera), ale jak to zawsze z takimi listami bywa, odpowiedzi z Berdyczowa nie otrzymaliśmy.

Z tym nieprzestrzeganiem przepisów prawa przez prawodawcę sprawa wydaje mi się dosyć logiczna i nie powinna wywoływać sprzeciwu. Rzymianie mieli takie powiedzenie: *quius est condere, eius est tolerare*, czyli kto ustanowił, ten może znieść. Strawestowałbym je na: kto ustanowił, ten nie musi się do swojego prawa stosować, bo gdyby nie chciał łamać prawa, a mimo wszystko nie chciał się do niego stosować, to by je zmienił, tak aby wyszło na jego. Logiczne? Logiczne!

Następnie wypadki potoczyły się w sposób najpierw nieoczekiwany, później już oczywisty. Warto w tym miejscu poinformować o rzeczy, która dla opinii środowiskowej jest niewidoczna. Pomysł ze szkołami zawodowymi wywołał falę protestów lekarskich towarzystw naukowych. Widać było, że pomysł politycznie się nie opłaca. W tej sytuacji po pierwszym czytaniu pewien poseł zaproponował, aby szkoły zawodowe przemianować na szkoły o charakterze akademickim. Pani przewodnicząca komisji zapytała, co na to rząd. A rząd bez chwili namysłu entuzjastycznie poparł ten pomysł. Wszyscy odetchnęli z ulgą, jak zgrabnie i szybko poradzono sobie z tym „śmierdzącym jajkiem”. Przy okazji znowu pominięto etap konsultacji, ale, patrz wyżej, niektórzy twierdzili, że był to zwrot akcji jak w tej znanej anegdocie, gdy mądry rabin poradził biednemu Żydowi, aby do przepełnionej i ciasnej chałupy dokwaterował jeszcze kozę i aby później, po jej wyprowadzeniu z chałupy, cieszyć się luksusami przestronnego zamieszkiwania.

Przedstawiłem tę przydługą relację, ponieważ w historii tej najważniejsza jest instytucja kredytu na studia, jako instytucji wyjątkowej, bo dotyczącej tylko studiów medycznych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym.

Pomysł ten nigdy nie był kwestionowany, bo rządził się taką pozytywną logiką: potrzeba więcej lekarzy – państwo rozszerza limity przyjęć i finansuje studia lekarskie na uczelniach medycznych – państwo nie może sfinansować większej liczby studiujących stacjonarnie, czyli „za darmo” – rozszerzenie liczby studiujących odpłatnie, czyli „niestacjonarnie” napotyka na barierę wydolności finansowej kandydatów na lekarzy – państwo pomaga pokonać tę barierę, ustanawiając kredyt umarzalny po spełnieniu kryteriów lojalnościowych. Kredyt wydaje się być sprytnym trickiem, jak przywiązać lekarza do zatrudnienia w Polsce, nie prawnie (to byłaby katastrofa), tylko zobowiązaniem finansowym. Troska o zahamowanie emigracji absolwentów medycyny była głównym elementem uzasadnienia projektu. Projektowana duża liczba potencjalnych studentów z własnym finansowaniem z kredytu (popyt), musi w zamyśle projektodawców spotkać się z miejscami szkoleniowymi (podaż). Krytycy tego sposobu myślenia podnoszą, że zachęta do uruchamiania kierunków lekarskich na tych różnych „akademiach” może skutkować wypuszczaniem na rynek lekarzy „dwóch prędkości”, a ponad-

to, wg statystyk na dzień 31.12.2020 r. podawanych przez Ministerstwo Zdrowia, w bieżącym roku akademickim nieobsadzonych jest 956 miejsc na 22 uczelniach prowadzących kierunek lekarski w stosunku do limitów (w tym 697 miejsc na studiach dla obcokrajowców prowadzonych w języku innym niż polski – czyli dla kolegów, którzy i tak wyjadą z Polski). Czy nie lepiej byłoby sfinansować państwu tę „niedoróbkę”? Przyjęcie tych, już teraz nieobjętych kształceniem, potencjalnych 1000 studentów wymagać będzie otwarcia 10 „medycyn”, jeśli każda byłaby w stanie kształcić 100 studentów.

Ustawa przeszła już trzy czytania w sejmie, jest więc uchwalona, teraz kolej na senat, ale przy ogólnym poparciu, jakie płynie ze strony wszystkich klubów i kół, nawet gdyby senatowi przyszło do głowy coś zmieniać, to i tak jego poprawki zostaną odrzucone. Dlaczego jednak senat miałby próbować coś zmieniać?

Skoło udowodnione zostało to, co miało być udowodnione (cbdu), że ustawa o zmianie ustawy o szkolnictwie wyższym wejdzie w tym kształcie, w którym przyjął ją sejm, warto zastanowić się, jakie to może przynieść odległe społeczne skutki. Studia medyczne w tradycyjnym kształcie i cały proces kształcenia lekarzy w opinii społecznej uchodziły za wyjątkowe. Wymagały spełnienia szczególnie trudnych warunków kwalifikacji, były najdłuższe, przedłużone jeszcze dodatkowo stażem podyplomowym i późniejszą specjalizacją lekarską, trwającą niemalże tyle samo co studia akademickie. Studia te uchodzą za wyjątkowo trudne i wymagające szczególnych predyspozycji i dyscypliny, a absolwent medycyny uchodził w tej opinii za człowieka

gruntownie wykształconego nie tylko w sferze całej medycyny klinicznej, ale i nauk przyrodniczych i ogólnohumanistycznych. Jak to bywa w rzeczywistości, to inna sprawa, ale nie zmienia to faktu, że absolwent medycyny z uczelni medycznych (jak je zwał, tak zwał: akademiami medycznymi czy uniwersytetami), nawet gdy praktykował później samotnie w głuszy, miał status „doktora wszech nauk medycznych”. Każdy absolwent miał w swojej osobistej biografii ten szczególny okres „wybrania”, który naznaczał go na całe życie: zawodowe i osobiste. To jest to poczucie trwałej przynależności do pewnego „stanu” (mówi się przecież: stan lekarski) i do pewnej rodziny *universitas*, czyli wspólnoty uczących i nauczanych. Ma to, moim zdaniem, swoją istotną społeczną wartość, a ta straszliwa reaktywność i doraźność działania państwa (w naszych obecnych realiach należałoby powiedzieć: rządu) wygląda, jakby tej wartości nie dostrzegała, a nawet chciała przeciw niej występować.

W tym świetle łatwo zrozumieć obawy samorządu lekarskiego o jakość kształcenia przyszłych lekarzy, o której to jakości mówi stanowisko NRL, w odpowiedzi na tę inicjatywę legislacyjną. I nie chodzi tu o spełnienie kryteriów programowych, bo o to najłatwiej, ale o tę pracę formacyjną, która prowadzi do osiągnięcia wykształcenia (ukształtowania). Samorząd obawia się, że owe liczne kierunki lekarskie, często przyklejone, z jednej strony do biznesowych przedsięwzięć edukacyjnych, a z drugiej do

medycyny lokalnej i praktycznej, a nie ogólnej i na poziomie uniwersyteckim, tej pracy formacyjnej nie zapewni. Kogoś może zgorzszą, innych może rozbawią te obawy, ale, proszę wybaczyć, korporacja zawodowa lekarzy po to jest na świecie, aby programowo żywić takie niepokoje.

Dlatego też ten felieton w tytule nazwałem sentymentalnym, bo sentymentalnie odwołuję się do zbiorowych wspomnień czegoś, co nazywamy środowiskiem lekarskim i co do którego istnienia wielu jest jeszcze przekonanych.

Świat jednak pędzi tak szybko, że na sentymenty szkoda już czasu, a pewien poseł wyraźnie poirytowany tym zgietkiem obrad w komisji parlamentarnej i tym, że przegrał wszystkie głosowania w debacie nad omawianym projektem, mijając mnie przy wyjściu rzucił ze złością w moim kierunku: „zobaczcie cwaniaczki, zrobimy wam to, co zrobiliśmy z prawnikami, naprodukujemy wam tyle lekarzy, że będziecie nam, czyli władzy, z ręki jedli”. To była oczywiście teatralizowana złośliwość, bardzo dobra jako pointa obrad komisji. Roześmiałem się, bo lubię złośliwość, ale uderzyło mnie, że powiedział „wam”, a nie nam.

Rzeczywiście, dla człowieka niezwiązanego mentalnie z duchem polityki jest coś fascynującego w tym, że poglądy, argumenty i decyzje powstają nie w wyniku debaty, umowy społecznej, racjonalnego wyboru czy kompromisu, tylko głosowania większościowego. Czyż to nie sentymentalizm? Przepraszam. ■

Dlatego też ten felieton w tytule nazwałem sentymentalnym, bo sentymentalnie odwołuję się do zbiorowych wspomnień czegoś, co nazywamy środowiskiem lekarskim i co do którego istnienia wielu jest jeszcze przekonanych.

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE



Lucyna Krysiak
dziennikarz

Liczył się głos każdego lekarza

17 maja 1989 r. ustawą o izbach lekarskich po latach niebytu odrodził się samorząd lekarski. W niespełna trzy miesiące później (4 sierpnia) odbyło się pamiętne posiedzenie Prezydium Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich z udziałem posłów i przewodniczących komisji problemowych.

Wybrano wówczas sekretarzy komitetu: prof. Tadeusza Chruściela i dr Bożenę Pietrzykowską oraz skarbnika, dr Hannę Maciejewską. Głównym celem tego spotkania było zorganizowanie I Krajowego Zjazdu Lekarzy, który miał zdecydować o kształcie i kierunku działań odrodzonego samorządu lekarskiego. Udało się powołać Komisję Zjazdową i jej przewodniczącego prof. Stanisława Rudnickiego, który podjął się tego karkołomnego zadania.

KOŚCI ZOSTAŁY RZUCONE

Zadanie nie było proste, m.in. ze względu na koszty, które przerastały możliwości finansowe dopiero co reaktywowanego samorządu, a także brak lokalu, w którym mogłoby odbyć się tak duże spotkanie. Prof. Rudnicki zwrócił się do warszawskich lekarzy z prośbą, by udzielili gościny delegatom biorącym udział w zjeździe, którzy mieli zjechać do stolicy. Dzięki ich deklaracjom, że zapewnią noclegi w swoich domach kolegom lekarzom spoza Warszawy, zapadła decyzja, że I Krajowy Zjazd Lekarzy odbędzie się już w dniach 10-12 grudnia 1989 r. w Filharmonii Narodowej w Warszawie. Pojawił się jednak problem zapewnienia miejsc na sali obrad wszystkim delegatom. Filharmonia mogła pomieścić maksymalnie 1070 osób, a delegatów było 1100 – w rezultacie mimo dostawek i tak część uczestników siedziała na schodach.

Trzeba było także przygotować grunt pod obrady. Przewodniczący Komisji

Działania te odbywały się w atmosferze podziałów politycznych i niezrozumienia idei reaktywowania samorządu lekarskiego.

Regulaminowej prof. Bogdan Kamiński wspólnie z jej członkami opracował projekt uchwały w sprawie zasad przeprowadzenia wyborów w izbach lekarskich, a doc. Janusz Szymborski, szef Komisji Legislacyjnej, przedstawił akta wykonawcze do ustawy przygotowane przez tę komisję. Aby I Krajowy Zjazd Lekarzy mógł się odbyć, konieczne było także zorganizowanie zebrań inauguracyjnych poszczególnych okręgowych izb lekarskich. Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich prof. Ryszard Jacek Żochowski zwrócił się o to do wybitnych przedstawicieli środowiska lekarskiego. Byli to: prof. Wojciech Pędich (Białystok), dr Czesława Nowicka (Bydgoszcz), prof. Julian Stolarczyk (Gdańsk), prof. Władysław Nasiłowski (Katowice), prof. Zbigniew Chłap (Kraków), doc. dr hab. Jerzy Karski (Lublin), prof. Władysław Józefowicz (Łódź), prof. Stefan Włoch (Poznań), prof. Halina Piławska (Szczecin), prof. Tadeusz Chruściel (Warszawa), prof. Stanisław Potoczek (Wrocław), dr Zbigniew Tomankiewicz (izba kolejowa), płk prof. Eugeniusz Dziuk (izba wojskowa), dr Krzysztof Piekarnik (izba MSW).

Działania te odbywały się w atmosferze podziałów politycznych i niezrozumienia idei reaktywowania samorządu lekarskiego. Często wręcz zadawano pytanie: o co chodzi z tymi izbami? – Wielu kolegów lekarzy odbiera powstanie izb jako tworzenie dodatkowej instytucji dyscyplinującej ich działania. To niezrozumienie, które dowodzi nieznanomości treści ustawy o izbach lekarskich. Izby zgodnie z tą ustawą posiadają bardzo duże uprawnienia, pozwalają zdjąć czapkę urzędniczą i wprowadzić nad siebie swój własny zarząd. Po raz pierwszy po 40 latach lekarz będzie mógł wpływać na swoją pracę i na pracę całej służby zdrowia. Będzie to lekarz, którego sami wybierzemy, a nie ustawiony z klucza czy jakiejś nomenklatury – przekonywał prof. Żochowski w wywiadzie udzielonym tygodnikowi „Służba Zdrowia”. Sam był jednak poprzez przynależność do PZPR związany z poprzednim systemem, a lekarze działacze, którzy wyrosli na fali solidarnościowej odnowy, Niemile widzieli w strukturach odrodzonego samorządu lekarskiego osoby tego pokroju.

W MIĘDZY CZASIE

Dochodziło więc do ostrej wymiany zdań spowodowanych zarówno różnymi poglądami politycznymi, jak i wizją nowo utworzonego samorządu lekarskiego. Wyczuwało się atmosferę napięcia i nieufności środowiska wobec Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich, co przełożyło się na spór, kto ma otwierać zjazd – przewodniczący KOIL czy nowo wybrany przewodniczący zjazdu. Chodziło o to, że KOIL był mianowany, a tym

samym – zdaniem wielu lekarzy – przynajmniej w części stanowił relikht przeszłości i nomenklatury. Jeden z lekarzy zatelefonował nawet w tej sprawie do prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego, ówczesnego prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, licznie reprezentowanego w Komitecie Organizacyjnym Izb Lekarskich, zapytaniem, czy ten zjazd organizuje OPZZ czy „Solidarność”.

Te nastroje były związane z tym, co się działo podczas wyborów delegatów na zjazdy izb okręgowych, gdzie często padały zarzuty wobec lekarzy o przynależność partyjną i związkową. Napięcie próbował rozładować nestor polskiej medycyny prof. Józef Bogusz, cieszący się w środowisku wielkim autorytetem, który powiedział: „Weszliśmy w nową erę, okres nowego państwa, kiedy dokonana się bezkrwawa rewolucja. Istnieją więc i będą istnieć różnice zdań, podziały, zapiekłe pretensje. Tego, co było, nie da się wymazać, ale trzeba stłumić te uczucia na pewien czas, by mogły na połączyć ideały zawodu lekarza. Będzie jeszcze czas na twardy rozrachunek, ale nie tutaj i nie teraz”. Te słowa padły podczas posiedzenia prezydium KOIL, które odbyło się 6 października 1989 r., a miało ono dramatyczny przebieg. Do niechęci ze strony lekarzy z „Solidarności” wobec lekarzy związanych ze starym systemem odniósł się prof. Żochowski, który nawet złożył rezygnację z funkcji przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich. Jednak na wniosek doktora Jerzego Moskwy głosowano nad wotum zaufania dla prof. Żochowskiego, który wotum to otrzymał i utrzymał funkcję przewodniczącego KOIL. Prof. Józef Bogusz tak skomentował ten fakt: „W dążeniu do reformy naszej służby zdrowia potrzebni będą wszyscy lekarze, niezależnie od ich rodowodu społecznego czy politycznego, choć bardzo jest różnicowany nasz świat lekarski, należy ufać, że do naczelnych i okręgowych władz zostaną wybrani najlepsi przedstawiciele naszego zawodu”.

NIETRAFIONY PODZIAŁ

Przed I Krajowym Zjazdem Lekarzy, 4 września 1989 r. w Collegium Anatomicum AM w Warszawie, odbyło się drugie bardzo ważne posiedzenie Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich. Powołano wówczas 14 izb okręgowych – 11 terytorialnych i trzy resortowe. Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku objęła

swoim zasięgiem ówczesne województwa: białostockie, łomżyńskie i suwalskie, OIL w Bydgoszczy: bydgoskie, pilskie, półockie, toruńskie i włocławskie, OIL w Gdańsku: elbląskie, gdańskie, olsztyńskie i słupskie, OIL w Katowicach: bielskie i katowickie, OIL w Krakowie: kieleckie, krakowskie, krośnieńskie, nowosądeckie, przemyskie, rzeszowskie i tarnowskie, OIL w Lublinie: białkopodlaskie, chełmskie, lubelskie, radomskie, siedleckie, tarnobrzeskie i zamojskie, OIL w Łodzi: częstochowskie, łódzkie, piotrkowskie, sieradzkie i skierniewickie, OIL w Poznaniu: kaliskie, konińskie, leszczyńskie, poznańskie i zielonogórskie, OIL w Szczecinie: gorzowskie, koszalińskie i szczecińskie, OIL w Warszawie: ciechanowskie, ostrołęckie i stołeczne warszawskie, OIL we Wrocławiu: jeleniogórskie, legnickie, opolskie, wałbrzyskie i wrocławskie. Izby resortowe obejmowały swoim zasięgiem cały kraj, a ich siedzibą była Warszawa. Podział ten miał obowiązywać jedynie do zakończenia I KZL.

Na tym posiedzeniu przedstawiono też regulamin wyborów delegatów na I KZL oraz organów izb lekarskich, a także ustalono procedury wyborcze w odradzającym się samorządzie lekarskim. Wybory delegatów na zjazdy okręgowe miały się odbyć w rejonach wyborczych ustalonych przez okręgowe komitety organizacyjne izb lekarskich w proporcji 1 delegat na 20 uprawnionych do udziału w zebraniu rejonowym. Delegatów na KZL miały wybrać zjazdy okręgowe w proporcji 1 delegat na 100 członków okręgowej izby lekarskiej.

NIEZADOWOLENIE Z PODZIAŁU

Podział terytorialny izb nie wzbudził entuzjazmu. Niezadowolenie z nim związane lekarze najdobitniej okazali podczas plenum ZG Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, które odbyło się 1 października 1989 r. Wprawdzie głównym celem tego spotkania był udział PTL w odbudowie izb lekarskich i przygotowanie do zjazdu, jednak jego ciężar szybko przeniósł się na dyskusję o nietrafionych decyzjach dotyczących podziału terytorialnego. Różne województwa nie godziły się być połączone z innymi, np. Olsztyn stwierdził, że nie wejdzie do OIL w Gdańsku, tak jak poprzednio protestował przeciwko włączeniu go do okręgu białostockiego. Od początku chciano powołać własne władze i utworzyć izbę warmińsko-mazurską z siedzibą w Olsztynie.

Na posiedzeniu ZG PTL swoje

niezadowolenie z podziału terytorialnego izb wyrazili również przedstawiciele Bielska-Białej, Radomia i Włocławka. Także w dalszej relacji z tego posiedzenia dominuje spór o zasięg terytorialny izb. „Często sala wyborcza staje się miejscem niewybrednych rozgrywek politycznych, sekowani są wszyscy pełniący jakiekolwiek dotąd funkcje, nawet ordynatora” – tak relacjonował to, co działo się na tym spotkaniu, kronikarz PTL, dodając swój komentarz: „izby, które w swym założeniu miały łączyć i cementować środowisko, jak na razie zbyt często dokonują podziału hierarchicznego, wiekowego, pogładowego, przynależnościowego”.

31 października 1989 r. jeszcze raz podjęto temat podziału terytorialnego na izby i przynależności do izb okręgowych. W liście do delegatów na okręgowe zjazdy lekarskie przewodniczący KOIL prof. Żochowski tłumaczył się, że ten podział obowiązuje tylko do czasu zwołania I Krajowego Zjazdu Lekarzy, a decydujący głos w tej sprawie powinny mieć wojewódzkie środowiska lekarskie. Mimo listów wystosowanych przez niego do okręgowych izb, które miały ostudzić emocje, wciąż wyczuwało się napięcie.

STARCIE TYTAŃÓW

Mimo tych przeszkód w dniach 10-12 grudnia 1989 r. I Krajowy Zjazd Lekarzy doszedł do skutku. Spotkanie podzielono na dwie części – oficjalną i roboczą. Ta pierwsza odbyła się 10 grudnia w sali Filharmonii Narodowej w Warszawie, z kolei część robocza miała miejsce w Teatrze Polskim, gdzie delegaci dokonali wyboru organów Naczelnej Izby Lekarskiej i podjęli pierwsze uchwały reaktywowanego samorządu lekarskiego. Obrady I KZL poprzedzone zostały mszą w kościele Św. Krzyża w Warszawie, gdzie homilię wygłosił ówczesny prymas Polski Józef Glemp.

Przewodniczącym zjazdu wybrano dra Michała Kurowskiego, zaś wykład inauguracyjny dotyczący etyki lekarskiej wygłosił prof. Józef Bogusz. Największe emocje wzbudziły jednak wybory prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. O funkcję tę ubiegali się: prof. Zofia Kuratowska, prof. Tadeusz Chruściel, prof. Jan Niełubowicz i prof. Włodzimierz Józefowicz. Prof. Zofia Kuratowska nie mogła przybyć na zjazd z powodu nieobecności w kraju. Prof. Józefowicz, ówczesny prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego,

nie zyskał poparcia delegatów. Do drugiej tury wyborów przeszli profesorowie: Tadeusz Chruściel (391 głosów) i Jan Nielubowicz (313 głosów). Ostatecznie na pierwszego prezesa NRL wybrano prof. Tadeusza Chruściela, lekarza, farmakologa, kierownika Zakładu Farmakologii Klinicznej i Społecznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, a prof. Jan Nielubowicz został honorowym prezesem NIL. Na Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wybrano prof. Stanisława Leszczyńskiego. Wyłoniono też jego liczne grono zastępców. Przewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego został Tadeusz Wencel.

I Krajowy Zjazd Lekarzy wyłonił również Naczelną Komisję Rewizyjną, której przewodniczył dr Michał Kurowski. Zjazd był wydarzeniem historycznym i kluczowym dla dalszego funkcjonowania samorządu lekarskiego. Podjęto tu szereg uchwał regulujących jego działanie, wyznaczających zadania dla izb lekarskich oraz kilka uchwał o charakterze symbolicznym. Najistotniejszą uchwałą z punktu widzenia działania Naczelnej Izby Lekarskiej była ta z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów NIL, która określiła sposób działania NIL, NSL, NKR i NROZ. Delegaci zdecydowali

Po raz pierwszy po 40 latach lekarz będzie mógł wpływać na swoją pracę i na pracę całej służby zdrowia. Będzie to lekarz, którego sami wybierzemy, a nie ustawiony z klucza czy jakiejś nomenklatury.

również o zasadach podziału składki członkowskiej – 20 proc. składki izby okręgowe miały przekazywać do Naczelnej Izby Lekarskiej. Powołano także do życia Radę Seniorów wyposażoną w głos doradczy. Jej członkami zostali profesorowie: Józef Bogusz, Kazimierz Dominik, Bolesław Górnicki i Jan Nielubowicz.

Delegaci patrzyli przyszłościowo, nakładając na NIL obowiązek przygotowania nowelizacji ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r., zlikwidowania izby kolejowej, podjęcia działań na rzecz odzyskania utraconego majątku izb lekarskich oraz utworzenia Banku Lekarskiego i kas pomocy koleżeńskiej.

Wyrazili również wolę, by ograniczyć rolę izb resortowych i by lekarze stanowili jedną w obrębie okręgowych izb lekarskich.

Pierwsze posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej miało miejsce 18 grudnia 1989 r. w tymczasowej siedzibie NIL – w Zakładzie Farmakologii Klinicznej i Społecznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego przy ul. Nowowiejskiej 10 w Warszawie, którym kierował prezes Chruściel. Podczas tego posiedzenia wybrano pierwsze Prezydium NRL oraz przewodniczących dziesięciu komisji problemowych. W skład Prezydium NRL obok prezesa Chruściela weszli: wiceprzewodniczący Bożena Pietrzykowska, Mariusz Stopczyk i Stanisław Gołba, sekretarz Wojciech Maksymowicz, zastępca sekretarza Ewa Tuszkiewicz-Misztal, skarbnik Włodzimierz Józefowicz oraz członkowie: Andrzej Cretti, Ewa Hubert, Jacek Pietkiewicz i Mieczysław Musiałek. I tak rozpoczął się nowy rozdział w 100-letniej historii samorządu lekarskiego, który trwa do dziś. ■

Źródła:

Zygmunt Wiśniewski, „Kronika Izb Lekarskich w Polsce w latach 1945-2005”

Piotr Kordel, „Geneza, struktura i funkcjonowanie samorządu lekarskiego w Polsce w latach 1989-2009” (rozprawa doktorska)

Jakże trudno wyrazić słowami smutek związany ze stratą osoby, która łączyła w sobie cechy dobrego człowieka, cenionego lekarza i społecznika

Śp.

dr n. med. Teresa Korta

Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, działająca przez wiele lat na rzecz samorządu i całej społeczności lekarskiej

W tych trudnych chwilach Rodzinie i Bliskim wyrazy współczucia

składają:

Marta Jakubiak, redaktor naczelna wraz z zespołem „Gazety Lekarskiej”

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy Naszą Koleżankę i Przyjaciela

Śp.

Dr n.med. Teresę Kortę

wspaniałego Lekarza, dobrego i życzliwego Człowieka, wieloletniego Zastępcę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej, przez ponad 20 lat działającego dla dobra samorządu lekarskiego i całego społeczeństwa

Rodzinie i Bliskim wyrazy głębokiego współczucia składają:

Grzegorz Wróna

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

prof. Krystyna Rowecka-Trzebicka

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej III kadencji

prof. Zbigniew Czernicki

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej IV kadencji

Jolanta Orlowska-Heitzman

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej V i VI kadencji wraz z zespołem Zastępców i pracownikami Biura

WSPOMNIENIE

Umarliśmy razem z Tobą, Teresko

Z wielkim bólem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej Koleżanki dr Teresy Korty.

lek. dent. **Anna Tarkowska** Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Teresa Korta ukończyła Akademię Medyczną w Warszawie w 1974 r., uzyskując tytuł lekarza medycyny. Posiadała specjalizację z anesteziologii i intensywnej terapii. Tytuł doktora nauk medycznych otrzymała w 1986 r.

Od samego początku swojej działalności zawodowej była związana z Zakładem (potem Katedrą) Anestezjologii Akademii Medycznej w Warszawie (obecnie – WUM). Zapamiętamy ją jako wybitnej klasy specjalistkę z zakresu anestezjologii, żywienia poza- i dojelitowego, metabolizmu oraz wspólnego dydaktyka uczącego studentów WUM oraz lekarzy z całej Polski w trakcie kursów specjalizacyjnych.

Dr Korta aktywnie uczestniczyła w kształtowaniu się samorządu lekarskiego po jego reaktywacji i w późniejszych pracach na jego rzecz. Od II kadencji była Zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej. Współpracowała także z „Gazetą Lekarską”.

Teresa Korta była też aktywna na polu naukowym – jako autorka wielu nowatorskich prac naukowych i podręczników z zakresu żywienia pozajelitowego oraz działaczka towarzystw naukowych – jako członek założyciel Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, w latach 1986-2013 członek zarządu tego towarzystwa, a potem jego członek honorowy. Od 1974 r. była także członkiem Polskiego Towarzystwa

Anestezjologii i Intensywnej Terapii, od 1981 r. – członkiem European Society for Parenteral and Enteral Nutrition and Metabolism.

Dla nas dr Korta to wzór lekarza naukowca, społecznika i nauczyciela akademickiego, który cieszył się ogromnym autorytetem wśród kolegów lekarzy. Dała się poznać jako człowiek pozytywnie nastawiony do ludzi, empatyczny, zawsze gotowy do pomocy. Była przy tym osobą niespotykanie skromną, angażującą się w pomoc kolegom lekarzom, pacjentom i ich rodzinom.

Za swoje zasługi środowisko lekarskie uhonorowało ją w 2016 r. odznaczeniem *Meritus Pro Medicis*. W 2016 r. Prezydent RP odznaczył Ją Medalem Złotym za Długoletnią Służbę.

My, którzy mieliśmy zaszczyt z nią pracować czy działać w samorządzie lekarskim, będziemy Ją pamiętać jako żywiołową osobę, tryskającą humorem, wspaniałego przyjaciela, na którego wiedzę, pomoc i życzliwość zawsze mogliśmy liczyć. Pamiętamy ją recytując własne wiersze, w okresie Bożego Narodzenia obdarowującą wszystkich przez siebie zrobioną kutią, rysującą koty, których była wielką miłośniczką czy barwnie opowiadającą o swoim życiu. W naszej pamięci zapisała się jako osoba niezwyklej dobroci i wrażliwości, która pochylała się nad każdym cierpiącym stworzeniem – czy był to człowiek, czy bezdomny kot, który głodny siedział pod jej blokiem.

Takiego Człowieka i Przyjaciela będzie nam brakowało.

Teraz my możemy powiedzieć: „Umarliśmy razem z Tobą, Teresko”. ■



UMARŁAM

Umarłam razem z tobą, Grażynko

- Płatki śniegu są białe –

Miałaś szesnaście lat, kiedyśmy umierały

- Futerko kota jest puszyste –

Umarłam razem z tobą, Janie

- W puszczy sosny sięgają nieba –

Tak chcieliśmy żyć w tej chwili

- gorzki jest smak sosnowych igieł –

Umarłam razem z tobą, Józefie

- białe są pnie brzoźowe –

Jak strasznie trudne było umieranie

- księżyc odbija się w stojącej wodzie –

Umarłam razem z tobą, Wandziu

- latem poziomki w słońcu na porębie –

Był czerwiec, kiedy otworzyła się przepaść

- jezioro w środku lasu –

Umarłam razem z tobą, Basiu

- świt jest różowy, a obłoki lśnią –

A myślałyśmy, że życie nie ma końca na naszym brzegu

Wiosenny zmierzch jest miękki jak aksamit –

Umarłam razem z tobą, Zbyszku

- światła świecą się w oknach –

Tyle planów zostało niespełnionych

- ciepły wiatr na policzku –

Umarłam razem z tobą, Dorotko

- trawa i liście są zielone –

Miałaś dwa lata, kiedyśmy umierały

- koszatka śmieje się o świcie –

Umarłam razem z tobą, Marku

- milionem gwiazd wystano Mleczną Drogę –

Myślałam, że ćwierć wieku to jest mało

- a to był koniec –

Umarłam razem z tobą, Danusiu

- kwitną gorczakiście hale –

Został na stole wiersz niedopisany

- kajak sunie jeziorem –

Umarłam razem z tobą.

Nie mogę żyć za ciebie.

Nie potrafię.

Teresa Korta

Antyzdrowotna konferencja odwołana

Zaplanowana na 16 października konferencja „Czego ci lekarz nie powie”, która miała odbyć się na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich, w sąsiedztwie największego w kraju punktu szczepień przeciw COVID-19 oraz szpitala tymczasowego, nie doszła do skutku.

Jak informuje Wielkopolska Izba Lekarska, program wydarzenia oraz lista prelegentów (m.in. oskarżony o zniesławienie i znieważenie poznańskich lekarzy Jerzy Zięba, czy zawieszony w prawie wykonywania zawodu Hubert Czerniak) wskazy-

wały na to, że w trakcie konferencji promowane będą treści antyzdrowotne. W związku z tym prezes ORL WIL Artur de Rosier zaapelował do zarządu Międzynarodowych Targów Poznańskich o analizę zasadności tego przedsięwzięcia. Podziękował także prezydentowi Poznania Jackowi Jaśkowiakowi, który zadeklarował, że mienie miejskie nie powinno być przestrzenią dla działań szkodliwych społecznie. W wyniku tych interwencji Międzynarodowe Targi Poznańskie wypowiedziały organizatorom umowę najmu. ■

Dopalacze bez tajemnic



Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku organizuje dla swoich członków szkolenie z wiedzy na temat dopalaczy. W programie m.in. o rodzajach i formach tych produktów psychoaktywnych, nowych trendach w zakresie ich zażywania, skali tego zjawiska i sposobach pomocy osobom uzależnionym. Szkolenie zaplanowano na 27 listopada w trybie zdalnym. Jest bezpłatne, a za udział przysługują trzy punkty edukacyjne. Zapisy przez stronę internetową gdańskiej izby. ■

Uniwersytet dla lekarzy seniorów znów działa



Po ponad półtorarocznej przerwie spowodowanej pandemią COVID-19 Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku Śląskiej Izby Lekarskiej wznowił działalność. Wykład inauguracyjny „Etyka lekarska w dobie pandemii” wygłosił przewodniczący Rady Programowej LUTW ŚIL prof. Jarosław Markowski. Podczas swojego wystąpienia wielokrotnie podkreślił, że czas epidemii to czas weryfikowania profesjonalizmu medycznego, umiejętności zarządzania kryzysem, karność społeczeństwa, jakości procedur, dostępu do zgromadzonych rezerw, ale przede wszystkim wielka próba ludzkich charakterów. Prof. Markowski odnosił się wielokrotnie do zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej. Po wykładzie rozpoczęła się dyskusja, którą można podsumować wnioskiem – czas pandemii przewartościował wiele spraw i spowodował głębokie zmiany także w medycynie. ■

Jubileuszowo w Zielonej Górze

Pod koniec września OIL w Zielonej Górze obchodziła jubileusz 30-lecia istnienia. W ramach uroczystości w Palmiarni Zielonogórskiej świętowano także 100. rocznicę powstania izb lekarskich w Polsce.

Podczas spotkania wręczono odznaczenia, m.in. Złotym Krzyżem Zasługi została uhonorowana prezes zielonogórskiej izby Marzena Plucińska, a Srebrnym Krzyżem Zasługi – Jacek Kotuła (wiceprezes) oraz Mirosław Czyżak. Rozdano także Laury Asklepiosa (najwyższe odznaczenia OIL w Zielonej Górze).

OIL w Zielonej Górze została powołana nieco później niż większość izb okręgowych. Po reaktywacji samorządu lekarskiego w 1989 r. okręg zielonogórski włączony został do OIL w Poznaniu, ale zielonogórcy delegaci na okręgowy zjazd wielkopolskiej izby wystąpili z wnioskiem do I Krajowego Zjazdu Lekarzy o powołanie OIL w Zielonej Górze. 7 stycznia 1990 r. odbył się pierwszy OZL tej izby.

Hejt – prawny punkt widzenia

W październiku odbyło się kolejne spotkanie online z prawnikiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Adwokat Amadeusz Małolepszy poruszył kwestię hejtu w internecie – zjawiska, na które coraz częściej są narażeni lekarze i lekarze dentyści. Opowiadał m.in. o uprawnieniach lekarza jako osoby pokrzywdzonej, o kwalifikacji prawnej

wpisów internetowych, tłumaczył także, kiedy ściganie przestępstw odbywa się na wniosek, kiedy z urzędu, a kiedy przez prywatny akt oskarżenia. Wydarzenie można było obejrzeć na żywo za pośrednictwem Facebooka – na profilu OIL w Łodzi. Film jest dostępny na profilu łódzkiej izby pod adresem: <https://www.facebook.com/OILLodz>. ■

70-lecie krakowskiego instytutu onkologii



W dniach 15-16 października w Krakowie odbyły się obchody jubileuszu 70-lecia powstania krakowskiego oddziału Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego.

– Jesteśmy wiarygodnym partnerem zarówno w odniesieniu do działalności diagnostyczno-terapeutycznej, jak i naukowo-badawczej, z korzyścią dla chorych naszego regionu. Realizujemy misję, która jest z nami od początku działalności naszego instytutu: „Doskonalamy się, aby leczyć jak najlepiej” – zaznaczył prof. Janusz Ryś, dyrektor NIO-PIB Oddziału w Krakowie podczas swojego wystąpienia.

Uczestnicy spotkania mieli okazję zwiedzić nowo wyremontowane kliniki oraz Zakład Patomorfologii Nowotworów tej placówki. Jednym z głównych punktów obchodów było odsłonięcie tablicy pamiątkowej poświęconej prof. Hannie Kołodziejskiej-Wertheim, dyrektor krakowskiego instytutu w latach 1954-1980. – Mimo pozornego rysu surowości, była człowiekiem życzliwym, wspa-

niałym lekarzem, pełnym prawdziwego ciepła i nieudawanej serdeczności wobec chorych. Była znakomitą nauczycielem i opiekunem młodych lekarzy – mówił prof. Marian Reinfuss, dyrektor krakowskiego oddziału NIO-PIB w latach 2001-2013.

Z kolei prof. Janusz Ryś podkreślał, że chociaż Hanna Kołodziejska-Wertheim nie była pierwszym dyrektorem, to jednak kształt tej placówki zmienił się w sposób radykalny właśnie po objęciu przez nią kierownictwa. – Z małego szpitala onkologicznego powstał nowoczesny ośrodek diagnostyczno-leczniczy i naukowo-badawczy – przypomniał obecny szef krakowskiego instytutu.

Jubileusz został objęty patronatem honorowym Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego. W Komitecie honorowym byli m.in. dyrektor NIO-PIB prof. Jan Walewski, prezes NRL Andrzej Matyja, prorektor UJ ds. Collegium Medicum prof. Tomasz Grodzicki. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym to wydarzenie.

Krakowski oddział NIO-PIB powstał w 1951 r. Na początku funkcjonowały tam trzy oddziały: chirurgiczny, leczenia radem i promieniami Roentgena, przychodnia oraz pracownice diagnostyczne. Obecnie w instytucie działa sześć wielospecjalistycznych klinik, oddział anestezjologii i intensywnej terapii oraz blok operacyjny, a także szeroka baza diagnostyczna i przychodnia przyklinikalna. To jedyny ośrodek w kraju, gdzie prowadzona jest radioterapia protonowa. ■

Po co ten samorząd?

W pierwszy weekend października OIL w Warszawie zorganizowała spotkanie dla lekarzy stażystów na temat funkcjonowania samorządu lekarskiego, podejmowanych inicjatyw i pomocy, jakiej izba udziela medykom. Młodzi lekarze mieli także możliwość udziału w wykładach (m.in. na temat pracy lekarza w POZ czy pozycji lekarza na rynku pracy) oraz warsztatów, podczas których m.in. uczyli się, jak radzić sobie z trudnymi sytuacjami w relacjach lekarza i pacjenta. Był też czas na integrację. Jak informuje izba, w spotkaniu wzięło udział 157 młodych lekarzy i lekarzy dentyistów. ■

Konkurs plastyczny

Komisja ds. Kultury ORL w Gdańsku organizuje konkurs na wykonanie projektu kartki o tematyce świątecznej związanej z Bożym Narodzeniem i Nowym Rokiem. Mogą w nim wziąć udział dzieci i młodzież do lat 14., których przynajmniej jeden z rodziców lub opiekunów prawnych jest członkiem OIL w Gdańsku. Prace należy przesłać pocztą lub dostarczyć samodzielnie do 15 listopada do siedziby gdańskiej izby. Na zwycięzców czekają nagrody. Regulamin konkursu i wymagane formularze oświadczeń są dostępne na stronie internetowej izby. ■

Izba ze złotą odznaką

Dolnośląska Izba Lekarska otrzymała Złotą Odznakę Honorową „Zasłużony dla Województwa Dolnośląskiego”. Izbę odznaczono za reprezentowanie środowiska lekarskiego regionu, dbanie o jego integrację, kształtowanie wzorców zachowań, walkę o godne warunki pracy, stanie na straży należytego wykonywania zawodu, a także współdziałanie z lokalnymi samorządami terytorialnymi w zakresie realizowania programów zdrowotnych.

U honorowani przez PTL



Polskie Towarzystwo Lekarskie przyznało swoje najważniejsze tytuły i odznaczenia. Wśród uhonorowanych znaleźli się osoby związane z samorządem lekarskim.

Gala odbyła się 22 października na Zamku Królewskim w Warszawie. Honorowy patronat nad wydarzeniem objęła pierwsza dama RP, Agata Kornhauser-Duda.

Punktem kulminacyjnym uroczystości było wręczenie najważniejszych odznaczeń PTL – medali „Gloria Medicinae”, przyznawanych „za ofiarną służbę ludziom, za najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, za sumienne i godne wykonywanie sztuki leczenia, za podtrzymywanie honoru i szlachetnych tradycji stanu lekarskiego, za tworzenie nieprzemijających wartości dla dobra Polskiego Towarzystwa Lekarskiego”. Wyjątkowo

wręczono nie 10, a aż 20 medali – za lata 2019 i 2020 (w ubiegłym roku, ze względu na pandemię COVID-19, gala nie doszła do skutku). Wśród uhonorowanych znaleźli się wieloletni działacze samorządu lekarskiego Mieczysław Szatanek (m.in. były prezes ORL w Warszawie, obecnie wiceprezes tej izby), dr Paweł Czekalski (prezes OIL w Łodzi) oraz dr Krzysztof Dziubiński (m.in. były dyrektor Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie).

„Gloria Medicinae” otrzymali także: prof. Maciej Dryjski, prof. Andrzej Januszewicz, prof. Tomasz Grodzicki, dr Krzysztof Klimczak, prof. Andrzej Maciejczak, prof. Marek Majewski, prof. Ewa Radwańska, prof. Wojciech Zgliczyński, prof. Piotr Andziak, dr Boris Duda, prof. Renata Górka, Paweł Grabowski, prof. Piotr Jankowski, prof. Longin Marianowski, prof. Grzegorz Opolski, dr Bronisława Siwicka, prof. Jacek Szmidt.

Podczas uroczystości przyznano także m.in. odznaczenia „Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie”, dedykowane wybitnym osobistościom działającym na rzecz medycyny oraz PTL. Otrzymali je: dr Artur Zaczynski, dr Małgorzata Serafin-Król, dr Grażyna Rybak, dr Maciej Olszewski, dr Maciej Kierzkiewicz, dr Maria Huk. Uroczystość uświetnił występ Zespołu Pieśni i Tańca „Mazowsze”. (LS) ■

Najlepsi!

22 października podczas posiedzenia NRL uhonorowano osoby, które osiągnęły najlepszy wynik z egzaminów LEK i LDEK.

Młodym lekarzom i lekarzom denty stom osiągnięcia świetnych wyników pogratulował prezes NRL prof. Andrzej Matyja. Takie uroczystości odbywały się w czasie posiedzeń rady regularnie, co pół roku, ale w ostatnim czasie odstąpiono od nich z uwagi na sytuację epidemiczną.

LEK: jesień 2021 – Konrad Trzciński (OIL Białystok) 187 pkt.; wiosna 2021 – Jakub Rogalewicz (DIL Wrocław) 196 pkt.; wiosna 2020 – Maria Grocholska-Jagiełło (OIL Warszawa) 175 pkt.



LDEK: jesień 2021 – Marlena Hercuń-Jaskółka (DIL Wrocław) 189 pkt.; wiosna 2021 – Aneta Rzepiela (OIL Lublin) 188 pkt.; jesień 2020 – Aleksandra Chorzewska (OIL Gdańsk) 177 pkt.; wiosna 2020 – Szczepan Żabicki (OIL Rzeszów) 161 pkt.

Na uroczystości zabrakło dwóch lekarzy, które uzyskały najlepsze wyniki z LEK: jesień 2020 – Natalia Danielska (OIL Warszawa) 169 pkt.; wiosna 2021 – Paulina Miecznik (OIL Gdańsk) 196 pkt. (MT) ■

Protest medyków w liczbach

Komuś, kto nie śledzi na bieżąco protestu medyków, trudno się odnaleźć w gąszczu różnych kwot i współczynników, które padają zarówno ze strony resortu zdrowia, jak i komitetu protestacyjno-strajkowego.

1,45

dla lekarzy i lekarzy dentystów ze specjalizacją od 1 lipca 2022 r. – taki współczynnik pracy, przez który mnoży się przeciętne wynagrodzenie w gospodarce w celu określenia minimalnej pensji, proponuje minister zdrowia. Nie uzyskał on akceptacji komitetu protestacyjno-strajkowego.

3

tyle powinien wynosić współczynnik pracy dla lekarzy ze specjalizacją od lipca 2023 r. – to postulat zawarty w projekcie porozumienia przygotowanym przez komitet, który przekazano premierowi. Medycy chcą, by od października br. wzrósł on do 1,45, a od lipca przyszłego roku do 2,2.

6

spotkań z wiceministrem zdrowia Piotrem Bromberem odbyło się w Centrum Partnerstwa Społecznego „Dialog” od 21 września do 7 października. „Problemy ochrony zdrowia to problemy wszystkich Polaków i całego rządu. Każdego dnia boleśnie odczuwają je pacjenci” – uważają protestujący.

8

z taką liczbą postulatów rozpoczął się protest. Oto niektóre z nich: zmiana ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia w ochronie zdrowia, zatrudnienie dodatkowych pracowników obsługi administracyjnej, zapewnienie zawodom medycznym statusu funkcjonariusza publicznego.

15

po tylu latach pracownik wykonujący zawód medyczny w podmiotach leczniczych powinien mieć prawo do skorzystania z urlopu dla poratowania zdrowia, a jego wymiar nie może przekraczać jednorazowo jednego roku i łącznie trzech lat w okresie całego zatrudnienia – tak brzmi jeden z postulatów komitetu.

30%

wzrostu wyceny ryczałtów domagali się medycy, przystępując do protestu we wrześniu. Zażądali również większych wycen świadczeń medycznych, zwiększenia o 80 proc finansowania na utrzymanie pracy karetki przez 24 godz. i stworzenia systemu rejestrowania zdarzeń niepożądanych (no-fault).

600 tys.

pracowników skupiają organizacje, które weszły w skład Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia. Powołano go w połowie wakacji. Jednym z jego celów jest doprowadzenie do szybszego wzrostu nakładów na system opieki zdrowotnej do 8 proc. PKB.

6 mld zł

w skali półroczna miałyby wynieść łączne koszty podniesienia wynagrodzeń minimalnych pracowników ochrony zdrowia od 1 lipca 2022 r. – zakłada propozycja przedstawiona przez resort zdrowia. Płace stanowią jedną z kwestii spornych, która doprowadziła do powstania białego miasteczka.

100 mld zł

wynosi koszt realizacji w 2022 r. postulatów przedstawionych na początku września przez komitet – utrzymuje minister zdrowia. Protestujący poprosili o udostępnienie założeń, dokumentów źródłowych i arkuszy kalkulacyjnych, na podstawie których sporządzono te wyliczenia, ale ich nie otrzymali.

ANALIZA

W co gra rząd?



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Białe miasteczko to dla władzy problem wizerunkowy, choć rządzący na tysiąc sposobów starają się umniejszyć jego znaczenie. Minister zdrowia powtarza, że dialog jest potrzebny, ale zamierza ustąpić protestującym.

6 proc. PKB w 2023 r. i 7 proc. PKB w 2027 r. – taki poziom minimalnych nakładów publicznych na ochronę zdrowia przewiduje znowelizowana ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej. To realizacja obietnicy złożonej przez prezesa PiS Jarosława Kaczyńskiego, zapisanej w programie społeczno-gospodarczym Polski Ład, który ma być programową wizytówką partii na kolejne lata.

Założenia są takie, że w latach 2022-2027 do systemu ochrony zdrowia trafi dodatkowo ok. 83 mld zł, a w 2027 r. nakłady na opiekę zdrowotną w Polsce wyniosą 215 mld zł. Duże liczby miały wywrzeć wielkie wrażenie w społeczeństwie i pomóc rządzącym w zmianie narracji o pogłębiającej się zapaści w publicznym lecznictwie mocno sponiewieranym w czasie pandemii.

SKORO JEST DOBRZE, TO DLACZEGO JEST ŹŁE?

Prezydencki podpis pod „ustawą 7 procent” nie odbił się jednak zbyt szerokim echem w debacie publicznej. Na przeszkodzie stanął m.in. protest w białym miasteczku zbiegający się w czasie z kolejną turą rozmów z wiceministrem zdrowia Piotrem Bromberem, po której medycy zdecydowali się wezwać swoje koleżanki i swoich kolegów do skończenia z ciągłym łataniem dziur w grafikach. Do przepracowanych osób, które zamiast z pracy do domu jeżdżą z dyżuru na dyżur, zaapelowali o wypowiedzanie umów i ograniczenie czasu pracy do jednego etatu. „Prze-stań ratować chory system. Zaczniij ratować siebie” – takie hasła przewijały się w mediach społecznościowych. Pojawił się zgrzyt, bo skoro – jak mówi część polityków – sytuacja w publicznej ochronie zdrowia wprawdzie jest daleka od ideału, ale nie ma mowy o dramacie, a ma być lepiej, ponieważ w kolejnych latach do systemu trafi ekstra kilkadziesiąt miliardów złotych, to dlaczego medycy rozbili namioty na trawniku niedaleko kancelarii premiera i jak mantrę powtarzają hasło: „publiczna ochrona zdrowia kona”?

Protestujący medycy przygotowali własny projekt porozumienia.

JAK RADZĄ SOBIE INNE KRAJE

Międzynarodowe rankingi porównujące sytuację w opiece zdrowotnej w krajach UE i OECD są dla naszego kraju mało łaskawe. Na ogół wypadamy po prostu źle. Często wyprzedzają nas państwa, które również należały do bloku socjalistycznego, np. Czechy. Łączne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce, zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca, jak i w odniesieniu do PKB, są jednymi z najniższych. Liczba praktykujących lekarzy i pielęgniarek w Polsce na 1 tys. mieszkańców również należy do najniższych, a dodatkowy problem stanowi starzenie się kadr medycznych, co w niektórych specjalizacjach osiągnęło krytyczny poziom. Średnią unijną przekracza umiarkowanie z przyczyn możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce i interwencji medycznej. W czasie pandemii przodujemy w liczbie nadmiarowych zgonów. Poziom niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki medycznej w Polsce jest wyższy niż średnia UE, co wynika głównie z długich kolejek.

10,5 MIESIĄCA OCZEKIWANIA

Zgodnie z danymi Fundacji Watch Health Care, we wrześniu średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne wyniósł 3,4 miesiąca i skrócił się o 0,4 miesiąca w porównaniu do lutego 2019 r., gdy opublikowano poprzedni raport. – System tkwi w miejscu. W Polsce nie ma problemu z jakością tylko z dostępnością świadczeń zdrowotnych i na to głównie skarżą się pacjenci – mówi Krzysztof Łanda, założyciel Fundacji WHC. Najdłużej czeka się na świadczenia w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (średnio ok. 10,5 miesiąca), ale długie kolejki są również do świadczeń z chirurgii plastycznej (8,1 miesiąca) i neurochirurgii (7,5 miesiąca). Jeśli chodzi o uzyskanie porady specjalisty, najdłuższy czas oczekiwania dotyczy wizyt u chirurga naczyniowego (10,5 miesiąca), neurochirurga (9,6 miesiąca) i endokrynologa (7,6 miesiąca). Z tej sytuacji doskonale zdają sobie sprawę osoby zawodowo związane z publicznym lecznictwem, nawet jeśli na co dzień koncentrują się na diagnozowaniu i leczeniu, a nie lekturze



11 września, manifestacja pracowników ochrony zdrowia w Warszawie

obszernych raportów i analiz eksperckich. Od lat widzą piętrzące się trudności w swoich zakładach pracy, a rozmowy z medykami z innych placówek mocno utwierdzają ich w tym przekonaniu.

POSTULATY KOMITETU PROTESTACYJNO-STRAJKOWEGO

– W ogóle nie ma mowy o wzroście nakładów na system opieki zdrowotnej w Polsce, a domagamy się tego jako najważniejszej sprawy dla pacjentów i personelu medycznego – w taki sposób negocjacje z wiceministrem Piotrem Bromberem podsumowuje wiceprezes NRL Artur Drobnik, jeden z uczestników tych rozmów. Postulaty Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia, który 11 września zainicjował protest w białym miasteczku, obejmują m.in. podwyżki wynagrodzeń, wzrost wyceny świadczeń medycznych, ryczałtów i „dobokaretki”, zatrudnienie dodatkowych pracowników administracyjnych i personelu pomocniczego czy wprowadzenie norm zatrudnienia uzależnionych od liczby pacjentów. Już na pierwszy rzut oka widać, że ich realizacja wiąże się ze skutkami finansowymi. Minister zdrowia Adam Niedzielski, odnosząc się do postulatów komitetu protestacyjno-strajkowego, wielokrotnie określał je jako „nierealne”, a wręcz „absurdalne”. To jeden z powodów, którym tłumaczono brak możliwości spotkania z premierem Mateuszem Morawieckim, co początkowo stanowiło jedno z żelaznych oczekiwań medyków. Protestujących nieustannie naciskano na „urealnienie” postulatów, czyli zredukowanie żądań.

MINISTER ZDROWIA NIE CHCE ZMIAN?

Od 21 września do 7 października odbyło się sześć spotkań z wiceministrem Piotrem Bromberem. W tym czasie w mediach zapanował dwugłos – strona rządowa suflowała, że porozumienie jest coraz bliżej, podczas gdy protestujący zaprzeczali temu na konferencjach prasowych, skarżąc się, że w czasie rozmów brakuje konkretów, a jeśli już jakieś padają, to bez gwarancji wykonania i zapewnienia środków

finansowych niezbędnych do ich realizacji. „Przebieg rozmów jest żenujący. Udowadniają one, że minister zdrowia nie chce żadnych zmian w systemie. Widzimy, że zamysłem rządu jest, by rozmowy trwały i pokazywały ‘dobrą wolę rządu’. A faktycznie żadnej dobrej woli nie ma. Przedstawiciele ministra zdrowia nie są przygotowani, nie otrzymujemy obiecanych dokumentów i analiz. Na każdym spotkaniu wracamy wciąż do punktu wyjścia” – napisano w jednym z komunikatów, a oświadczeń z podobnym przesłaniem pojawiło się sporo. Nic dziwnego, że rozmowy zakończyły się fiaskiem. Komitet odrzucił treść zaproponowanego przez resort porozumienia intencyjnego, nazywając je „nieporozumieniem”. – Nie odpowiada na żaden postulat i nie rozwiązuje żadnego problemu – mówi Krystyna Ptok, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, jedna z liderów komitetu.

POMOC W RATOWANIU WIZERUNKU?

Medycy uznali ten dokument za pretekst do zakończenia negocjacji i „przeniesienia” rozmów do Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia. – W kierownictwie Ministerstwa Zdrowia podjęliśmy decyzję, że ciężar negocjacji przerzucamy do zespołu. Tam będziemy chcieli podpisać porozumienie i zaproponować warunki, które pokazywaliśmy komitetowi – tłumaczy minister Adam Niedzielski. Wykluczył także kolejne spotkania protestujących z przedstawicielami resortu w dotychczasowej, dwustronnej formule, co stanowi kolejny dowód na to, że w sporze z medykami obecny szef Ministerstwa Zdrowia gra ostrzej niż jego poprzednicy, Łukasz Szumowski i Konstanty Radziwiłł. Oficjalnie tłumaczy to tym, że zespół „reprezentuje wszechstronny punkt widzenia”, uwzględniający perspektywę pracowników, pracodawców i rządu. Rozmowy toczone w tym gronie określa jako „rzeczowe” i przebiegające w „bardzo dobrej atmosferze”, przy okazji dając szturchańca komitetowi. – Zespół został zwołany w celu ratowania wizerunku tych, którzy uważają, że sytuacja w ochronie zdrowia jest wspaniała, wynagrodzenia

godne, warunki pracy z pacjentami komfortowe, a dostęp do opieki wystarczający – ocenia Anna Bazydło, wiceprzewodnicząca Porozumienia Rezydentów OZZL, jedna z liderów protestu w białym miasteczku.

CO TRAFIŁO DO PREMIERA?

W połowie października protestujący przygotowali własny projekt porozumienia, który miałby zostać zawarty nie tylko z ministrem zdrowia, ale również z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i szefem Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Trafił do premiera, choć nie wiadomo, czy szef rządu faktycznie się z nim zapoznał. Ośmiostronicowy dokument jest znacznie bardziej szczegółowy od resortowego porozumienia intencyjnego. Widać w nim fachową, prawniczą rękę. Zakłada m.in. nowelizację ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w perspektywie najbliższych dwóch lat. Zgodnie z postulatami komitetu, współczynniki pracy, przez które mnoży się przeciętne wynagrodzenie w gospodarce w celu określenia minimalnej pensji, dla lekarzy ze specjalizacją wzrosłyby z 1,31 do 1,45 (od października br.), 2,2 (od lipca 2022 r.) i 3,0 (od lipca 2023 r.). To znacznie więcej, niż proponuje resort, który zgadza się na wzrost do 1,45, ale dopiero od lipca przyszłego roku.

SPÓR O WSPÓŁCZYNNIKI PRACY

Komitet chce, by współczynniki pracy dla lekarzy w trakcie specjalizacji wzrosły przynajmniej do 1,19 (od października br.), 1,7 (od lipca 2022 r.) i 2,2 (od lipca 2023 r.), dla lekarzy bez specjalizacji do (odpowiednio) 1,17, 1,6 i 2,0, a dla stażystów – 0,95, 1,3 i 1,5. Dla porównania: od lipca 2022 r. resort obiecuje specjalizantom stawkę minimalną w wysokości 1,19, lekarzom bez specjalizacji – 1,17, a stażystom – 0,95. Treść porozumienia przygotowana przez komitet protestacyjno-strajkowy zakłada również zobowiązanie ministra zdrowia i prezesa NFZ do „realnego wzrostu wyceny świadczeń medycznych oraz ryczałtów we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej” oraz rozpoczęcie procesu legislacyjnego zmierzającego do zapewnienia medykom w trakcie wykonywania czynności zawodowych ochrony prawnej należytej funkcjonariuszowi publicznemu. Ponadto w projekcie ustawy o jakości miałyby pojawić się zapisy będący urzeczywistnieniem systemu no-fault.

GDY PREMIEREM BYŁ MAREK BELKA...

Wydaje się, że nie wszyscy zdają sobie sprawę, dlaczego ministrowi Adamowi Niedzielskiemu tak bardzo zależy na tym, by rozmowy toczyły się na forum Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia. Aby to zrozumieć, trzeba nie tylko cofnąć się w przeszłość, ale przede wszystkim spojrzeć na niektóre wydarzenia z szerszej perspektywy. Zespół powstał prawie 17 lat temu w wyniku uzgodnień ówczesnego resortu z Prezydium Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych. Było to tak dawno temu, że z pewnością nie każdy pamięta, że w fotelu premiera urzędował wtedy Marek Belka. Mało kto zna kulisy powstania zespołu, a w internecie praktycznie nie ma o tym śladu. Przez kilkanaście lat o jego istnieniu często „zapominali” ministrowie zdrowia. Nie każdej ekipie rządowej zespół był potrzebny, bo z punktu widzenia decydentów nierzadko rodził więcej kłopotów niż pożytku.

Obawy

Prezes NRL prof. Andrzej Matyja zaapelował do ministra zdrowia o „nieuciekanie od rozmów” z protestującymi.

– Mam nadzieję, że zanim Trójstronny Zespół podpisze jakiegokolwiek porozumienie, najpierw skonsultuje się z komitetem – mówi prezes NRL. Ta wypowiedź potwierdza obawy pojawiające się wśród medyków pozostających w sporze z rządem, że za cenę pewnych obietnic zespół może zawrzeć „jakąś” umowę z rządem, co zostanie ogłoszone jako „koniec protestu”. Wiceprezes NRL Artur Drobnik podkreśla, że decyzję o zakończeniu batalii rozpoczętej 11 września może podjąć wyłącznie komitet protestacyjno-strajkowy, w skład którego wchodzi organizacje skupiające niemal 600 tys. pracowników ochrony zdrowia. – Żadne inne ciało nie może tego zrobić – zastrzega.

KOGO NIE MA W TRÓJSTRONNYM ZESPOLE?

Obecnie w skład Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia wchodzi przedstawiciele strony rządowej pochodzący aż z pięciu resortów, a także pracodawców i pracowników. Zgodnie z regulaminem stroną pracodawców reprezentuje po dwóch przedstawicieli wyznaczonych przez organizacje reprezentatywne, a stroną pracowników – reprezentatywne organizacje związkowe. Kto spełnia te kryteria, wynika z ustawy o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego. I w tym tkwi zasadnicza kwestia. W zespole na stałe nie ma przedstawicieli samorządu lekarskiego, który reprezentuje interesy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, czy OZZL, który posiada sądownie uznaną reprezentatywność ponadzakładową w myśl Kodeksu pracy. Nie ma też przedstawicieli Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Izby Fizjoterapeutów czy Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, choć są to samorządy zawodowe tak jak NIL.

KTO DECYDUJE ZA LEKARZY I PIEŁĘGNIARKI?

O sprawach budzących emocje, jak wysokość minimalnych wynagrodzeń lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych czy elektrodziagnostów współdecyduje m.in. Konfederacja Lewiatan, Pracodawcy RP, Związek Rzemiosła Polskiego, Business Centre Club, a także OPZZ i NSZZ „Solidarność”. Medycy, którzy kilka tygodni temu rozpoczęli protest, to grono obarczają współodpowiedzialnością za wejście w życie mocno krytykowanych współczynników pracy służących wyliczeniu płacy minimalnej, co z kolei było jednym z głównych powodów zawiązania komitetu protestacyjno-strajkowego. Z perspektywy czasu wydaje się, że niezależnie od tego, kto akurat stoi u władzy, Trójstronny Zespół pozwala rządzącym rozmawiać z wybraną częścią uczestników systemu ochrony zdrowia przy równoczesnym spychaniu na boczny tor wielu innych środowisk, przede wszystkim tych znacznie lepiej rozumiejących specyfikę pracy w szpitalach czy przychodniach i mających znacznie większy mandat do reprezentowania interesów przedstawicieli zawodów medycznych niż namaszczone przez ustawę organizacje reprezentatywne. Zmiana status quo nie leży jednak ani w ich interesie, ani w interesie rządu. ■

OPINIE

Walka trwa

49 proc. respondentów ankietowanych przez CBOS popiera protest pracowników ochrony zdrowia (w tym 24 proc. deklaruje zdecydowane poparcie), a 21 proc. jest mu przeciwna – wynika z sondażu, którego wyniki opublikowano 20 października.

GazetaLekarska.pl ✨



Artur Drobnik
wiceprezes NRL,
jeden z liderów Komitetu
Protestacyjno-Strajkowego
Pracowników Ochrony
Zdrowia

Przez trzy tygodnie negocjowaliśmy z wiceministrem zdrowia Piotrem Bromberem. Wydawało się, że w kilku punktach jesteśmy blisko dojścia do konsensusu. Okazało się jednak, że w porozumieniu intencyjnym zaproponowanym przez resort zdrowia są zawarte tylko frazesy i obietnice bez gwarancji ich spełnienia i terminów ich realizacji. Nie zobowiązano się nawet do realizacji postulatów niewiążących się z żadnymi kosztami finansowymi, choć wejście ich w życie ułatwiłoby bezpieczną pracę medykom i byłoby korzystne dla pacjentów. Zastanawiam się, czy w ostatniej chwili ktoś nie dał ministrowi Bromberowi „bana”, by nie doszło

do dogadania się z Ogólnopolskim Komitetem Protestacyjno-Strajkowym Pracowników Ochrony Zdrowia. W odpowiedzi na ministerialne porozumienie intencyjne stworzyliśmy naszą wersję dokumentu przewidującą m.in. realizację

W wielu szpitalach sytuacja jest krytyczna. To uderza w pacjentów.

uzgodnień obu stron w określonych terminach. Przedstawiliśmy ją premierowi Mateuszowi Morawieckiemu. Zwróciliśmy się również z apelem do prezesa PiS Jarosława Kaczyńskiego. Jako komitet chcemy dalej rozmawiać, ale minister zdrowia Adam Niedzielski uważa, że jedynym miejscem, w którym powinny toczyć się dalsze negocjacje, jest Zespół Trójstronny. Tam nie ma jednak pracowników ochrony zdrowia, a formuła zespołu nie pozwalała na reprezentowanie zawodów

medycznych choćby przez samorządy. Sytuacja, z jaką obecnie mamy do czynienia w publicznej ochronie zdrowia, to prawdopodobnie cisza przed burzą. Pierwsze oznaki jej nadciągania już widać, gdy dowiadujemy się o zamykaniu oddziałów szpitalnych i słyszymy o kolejnych przypadkach odchodzenia lekarzy z pracy – jak np. w Krakowie, gdzie w ostatnim czasie tylko w jednej z placówek kilkudziesięciu lekarzy złożyło wypowiedzenia. W wielu szpitalach sytuacja jest na tyle krytyczna, że wystarczy odejście zaledwie jednego lekarza, by dramatycznie pogorszyły się warunki pracy pozostałych osób, co zawsze uderza w pacjentów. Czasami do wywołania lawiny wystarczy mały kamysek. Albo już teraz tę lawinę zatrzymamy, albo pozwolimy się jej toczyć ze szkodą dla wszystkich Polaków. Ustawa zwiększająca nakłady na ochronę zdrowia do 7 proc. PKB jest krokiem we właściwym kierunku. Cały świat wydaje na zdrowie coraz więcej, a pandemia pokazała, jak ważne jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego. ■



Tomasz Imiela
członek NRL, jeden z liderów
Ogólnopolskiego Komitetu
Protestacyjno-Strajkowego
Pracowników Ochrony Zdrowia

Zgodnie z konstytucją ochrona zdrowia należy się wszystkim obywatelom. Zapewnia ją publiczny system, bo placówki komercyjne nie świadczą zazwyczaj pomocy bezpłatnie. W społeczeństwie mamy do czynienia z dużym rozwarstwieniem w zakresie zarobków, a większości nie byłoby stać, by za leczenie płacić z własnej kieszeni. System publiczny pomaga również osobom mniej zamożnym, które poza nim nie poradziłyby sobie w razie wystąpienia poważnych problemów ze zdrowiem. Nie uważam,

że protesty takie jak nasz są nieuchronne. Często od woli decydentów zależy, czy do nich dochodzi, czy też nie. Jednym z najważniejszych powodów jego rozpoczęcia było wieloletnie nawarstwianie się problemów w publicznej ochronie zdrowia. Obecnie w wielu miejscach sytuacja pogarsza się z miesiąca na miesiąc, dochodzi

Było sześć spotkań trwających łącznie ponad 30 godzin.

do zamykania oddziałów, a na horyzoncie mamy widmo wygaszania szpitali z powodu braku kadr. Nasz protest rozpoczął się, ponieważ w publicznej ochronie zdrowia jest źle i nie widać żadnych jaskółek, które mogłyby przynieść nadzieję na dobre zmiany. Na horyzoncie nie rysuje się choćby cień szansy, że w przyszłości może być

lepiej. W rozmowach z resortem, które na przełomie września i października toczył Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia, reprezentowałem Naczelną Radę Lekarską. To było sześć spotkań trwających łącznie ponad 30 godzin. Po drugiej stronie były osoby, które mają narzędzia do kształtowania systemu, bo poza przedstawicielami wszystkich departamentów Ministerstwa Zdrowia uczestniczyli w nich również przedstawiciele NFZ i AOTMiT. Rozmawiali z nami więc ludzie kompetentni, ale negocjacje nie dotyczyły konkretnych problemów zgłaszanych przez komitet. Oczywiście można dyskutować o kosztach wprowadzenia w życie naszych postulatów i ich zasadności, ale o ile nasze propozycje były dość szczegółowe, o tyle zabrakło odniesienia się do nich i przedstawienia konkretnej kontrproponcji ze strony resortu. ■



Krystyna Ptok
jedna z liderów protestu,
przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Pielęgniarek
i Położnych

Zachęcamy medyków do dbania o własne zdrowie, ponieważ minister zdrowia nie jest tym zainteresowany. My po prostu w pracy mamy być żywi. Ministra interesuje, żebyśmy stawili się w pracy, a nawet jeśli umrzemy po powrocie do domu, to jest już problem naszej rodziny, a nie jego. Nie musimy zastrzekać protestu. Eskalacja nie będzie służyła ani pacjentom, ani tym, którzy protestują. Wystarczy tylko zwrócić

uwagę na to, co się dzieje w ochronie zdrowia. W systemie nas nie przybywa, a współczynniki dotyczące liczby lekarzy i pielęgniarek na tysiąc mieszkańców są bardzo niskie. W efekcie

Nie chcemy robić politykierstwa.

mamy niedobory na oddziałach szpitalnych. Nieobecność jednej osoby w harmonogramie pracy powoduje brak zabezpieczenia szpitalnego oddziału ratunkowego i izby przyjęć, brak możliwości wykonywania zabiegów operacyjnych. To utrudnia dostęp pacjentowi, który do

szpitala trafia z POZ. Politykom ta sytuacja nie utrudnia jednak niczego. Sprowadzanie naszych postulatów wyłącznie do chciwości zawodów medycznych w zakresie wynagrodzeń jest bardzo złą ścieżką. My nie chcemy robić politykierstwa, robimy politykę na rzecz ochrony zdrowia. Próbuje prowadzić dialog w obronie polskich pacjentów. Niezależne problemy ochrony zdrowia spowodują większe wypłaty z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dodatkowe koszty z tytułu zwolnień lekarskich, świadczeń rehabilitacyjnych i rent. Przeleją się na opiekę społeczną i na pracodawców. To będą skutki dla wszystkich dziedzin gospodarki narodowej. ■



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

Szpitaly publiczne nie bilansują się, bo od wielu lat mamy do czynienia z tzw. subsydiowaniem skrótnym. W ten sposób fachowo określa się sytuację, która w praktyce oznacza, że na wykonywaniu niektórych zabiegów szpital może zarobić, a na innych tylko traci. To absurdalna sytuacja, która nie powinna mieć miejsca. Komitet protestacyjno-strajkowy domaga się m.in. wzrostu wyceny świadczeń medycznych i ryczałtów dla szpitalnych oddziałów

ratunkowych. To postulaty zdecydowanie słuszne, o czym wszyscy wiedzą, bo obecne wyceny w żaden sposób nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów. Wycena „dobokaretki”, czyli pozostającej w gotowości karetki Ratownictwa Medyczne-

Komitet domaga się wzrostu wyceny świadczeń.

go i utrzymywanie w gotowości szpitalnego oddziału ratunkowego wynosi niemal tyle samo – ok. 4,5 tys. zł. Wycena świadczeń w szpitalach przyjmujących wyłącznie pacjentów w ramach przypadków planowych jest identyczna co wycena

świadczeń w tzw. szpitalach ostrych. Te ostatnie przyjmują przez całą dobę, w związku z czym są zobowiązane do utrzymywania w gotowości m.in. bloku operacyjnego, zespołu anestezyjologicznego czy SOR-u, co wiąże się z dodatkowymi kosztami. Od dawna oderwane od rzeczywistości są nakłady ponoszone w związku z utrzymywaniem w gotowości oddziałów chorób zakaźnych, co doprowadziło do tego, że w minionych latach po prostu je zamykano. Powód był zawsze ten sam: nie przynosiły szpitalowi zysku. W Krakowie zostały się tylko dwa takie oddziały. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku oddziałów pediatrycznych. Poza sezonem, gdy mniej dzieci choruje, trzeba ponosić koszty związane z utrzymywaniem załogi i infrastruktury, a NFZ płaci tylko za hospitalizację. ■



Aleksandra Orszulak
od 11 września protestuje
w białym miasteczku przed
kancelarią premiera

W białym miasteczku jestem od samego początku, czyli od 11 września. Skończyłam studia, a dopiero w marcu rozpocznę staż podyplomowy. W związku z tym, że mam teraz więcej czasu niż moje koleżanki i moi koledzy, którzy pracują, postanowiłam wesprzeć protest, by w ten sposób zrobić coś, co może przyczynić

się do wprowadzenia zmian w ochronie zdrowia. Moi rodzice są lekarzami, moi bracia również. Wszyscy bardzo lubią swoją pracę, są empatyczni, starają się pomagać każdemu, kto tego potrzebuje. Można więc powiedzieć, że moja rodzina

W czasie studiów dorabiałam jako rejestratorka.

dała mi przykład, że warto poświęcać swój czas dla innych. Jest jeszcze inny powód, dla którego zdecydowałam się przyłączyć do protestu. W czasie studiów dorabiałam jako rejestratorka w recepcji

w jednej z przychodni i widziałam, jak bardzo cierpią pacjenci, kiedy nie mogą się dostać do lekarza w ramach publicznego systemu, a przez to, że mają niskie emerytury, nie stać ich na wizyty prywatne. Pacjenci kompletnie nie zdają sobie sprawy, jak działa system. Wielu myśli, że krótszy czas oczekiwania w prywatnych placówkach wynika z tego, że lekarz chce więcej zarobić, nie zdając sobie sprawy m.in. z ogólnie narzuczanych limitów przez NFZ. Pacjenci nie wiedzą też i tego, że jeśli czekają w szpitalnym oddziale ratunkowym przez 8 godzin, to nie dlatego, że lekarz pije kawę, lecz z uwagi na ilość personelu medycznego nieadekwatną do liczby osób potrzebujących pomocy. ■

REFORMA OCHRONY ZDROWIA

Nie można tak lekceważyć lekarzy

Obecny protest medyków to forma obrony godności zawodu zaufania publicznego i przejaw lojalności wobec pacjentów. Przypisywanie temu działaniu politycznych intencji świadczy o braku zrozumienia specyfiki zawodu medycznego.

Andrzej Matyja prezes NRL

Hasło „Pacjent w centrum uwagi”, które – jak słyszymy – przyświeca reformatorom polskiej ochrony zdrowia, brzmi obiecująco, ale w praktyce znaczy niewiele. Gdyby było inaczej, to medycy nie musieliby w akcie desperacji wychodzić na ulice, by walczyć o szacunek i godne warunki pracy, bo nie można deklarować troski o pacjenta, jednocześnie lekceważąc medyków.

Bez nich nie ma leczenia. Kadry medyczne są fundamentem każdego systemu ochrony zdrowia. Przynajmniej to nawet autorzy rządowych dokumentów, ale w codzienności polskiej ochrony zdrowia trudno znaleźć dowody na potwierdzenie ich słów. Pacjenci i medycy na to nie zastępują.

ZASÓB CENNY, ALE LEKCEWAŻONY

W raporcie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego pt. „Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania, 2020” czytamy: „Osoby wykonujące zawody medyczne stanowią główny zasób każdego systemu ochrony zdrowia. Trzon systemu opieki zdrowotnej tworzą lekarze, pielęgniarki i położne oraz pozostały personel medyczny. [...] Ze względu na rosnące potrzeby zdrowotne oraz znaczny udział osób starszych w populacji niezbędnym jest zapewnienie wykwalifikowanej kadry medycznej”.

Ów „główny zasób” coraz bardziej kurczy się. Rządowe deklaracje o powstrzymaniu tego procesu są fragmentaryczne i nie wróżą szybkiej poprawy,

a – co najbardziej bolesne – ten zasób (obecnie to ponad 500-tysięczna armia profesjonalistów) traktuje się instrumentalnie. Tymczasem, trawestując myśl Pliniusza Starszego, który upominał, by dbać o zdrowie, można powiedzieć: dziś dbaj o medyków, byś nie musiał o nich marzyć, gdy będziesz w niemocy.

Co prawda w Polskim Ładzie, sztafardowym dokumencie strategicznym rządu, zdrowie wymienia się jako priorytet, ale przy głębszej lekturze trudno znaleźć na to przekonujące dowody, co zresztą wytknął samorząd lekarski, oceniając to opracowanie. „Zdrowa przyszłość” z kolei to bardziej opis obecnych niedomagań ochrony zdrowia niż koncepcja skutecznej całościowej terapii. Sami autorzy wskazują przy tym na adresata zastrzeżeń, pisząc: „Kluczową rolę w wytyczaniu polityki zdrowotnej w Polsce odgrywa Minister Zdrowia. Posiada on również kompetencje regulacyjne”, a więc to do niego skierowana jest uwaga zawarta w tym samym dokumencie: „Dostęp do usług medycznych w Polsce jest dużo bardziej niż w innych krajach uzależniony od sytuacji ekonomicznej pacjenta”. Jak więc w praktyce wygląda realizacja deklaracji o tworzeniu – jak to się określa – pacjentocentrycznego systemu ochrony zdrowia?

BEZ MEDYKA NIE MA LECZENIA

Polski pacjent coraz bardziej wypychany jest z publicznej opieki zdrowotnej. Kolejki, długi czas oczekiwania zwłaszcza do specjalistów zmusza go do poszukiwania pomocy na rynku komercyjnym. Pacjenci coraz częściej będą podążać za lekarzami, którzy zniechęceni do pracy

w publicznym sektorze znajdą zatrudnienie w sektorze komercyjnym, albo – co gorsza – będą całkowicie nieosiągalni, gdy zdecydują się na emigrację. W sytuacji, gdy nie mamy masowych ubezpieczeń zdrowotnych, które mogłyby zmniejszać dolegliwości finansowe kosztów leczenia, jesteśmy na prostej drodze do wykluczenia zdrowotnego coraz większej części mieszkańców naszego kraju i pogłębiania nierówności społecznych.

Na tle innych krajów Europy ujętych w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (EuroHealth Consumer Index) Polska w 2018 r. plasowała się na 32. miejscu spośród 35 krajów ujętych w badaniu i był to spadek w porównaniu z 2017 r. z miejsca siódmego od końca. Wyprzedziliśmy tylko Albanii, Rumunię i Węgry, a tuż przed nami były Cypr, Bułgaria, Litwa i Grecja.

W rankingu oceniane są m.in. czas oczekiwania na wizytę u lekarza rodzinnego czy na operację, czas oczekiwania na chemioterapię, okres przeżywalności pacjentów onkologicznych, ponadto zakres dostępnych usług, prawa pacjenta i dostęp do informacji, a także profilaktyka. Tak niska pozycja na pewno nie jest na miarę potrzeb i aspiracji zarówno pacjentów, jak i medyków, a powinniśmy być przygotowani, że po pandemii pomiary indeksu nie będą lepsze, chociażby ze względu na zaciągnięty dług zdrowotny, czy rekordowy wskaźnik zgonów, znacznie przewyższający średnie z ostatnich lat.

Kraje, które wyprzedzają nas w konsumenckiej ocenie jakości (a są to w szczególności: Szwajcaria, Niderlandy,

Norwegia, Dania, Belgia, a dalej Francja na 11. miejscu, Niemcy na 12., czy najbliższe nam Czechy na miejscu 14.) mają różne rozwiązania systemowe, różne formy finansowania, specyfikę regionalną, kulturę itd. Można jednak dostrzec prawidłowość – wysoka pozycja w rankingu silnie koresponduje z wysokim udziałem wydatków publicznych na zdrowie w PKB i stosunkowo małym udziałem wydatków prywatnych. Dla przykładu, bliskie nam Czechy z 14. pozycją w rankingu przeznaczają na ochronę zdrowia 7,2 proc. PKB i mają 16,6-procentowy udział wydatków prywatnych na zdrowie. Wg ostatniej dostępnej edycji rankingu Polska wydawała na zdrowie 6,4 proc. PKB. Wydatki prywatne stanowiły 31 proc. i były jednymi z najwyższych w UE. Przyszłość nie wróży poprawy. Zapewne w kolejnym Europejskim Konsumenckim Rankingu Zdrowia wypadniemy jeszcze gorzej ze względu na spodziewany odpływ kadr do sektora komercyjnego lub emigrację.

JAK RODOWE SREBRA

Polska ma jedną z najmniejszych w Europie liczbę lekarzy oraz pielęgniarek na 1000 osób i grupa ta jest zaawansowana wiekowo, a pamiętać trzeba, że gdy wykruszać się będzie doświadczona kadra medyczna w szpitalach, nie będzie miał kto kształcić następców, co dodatkowo pogłębi problemy kadrowe.

Czas potrzebny na przygotowanie fachowego personelu (lekarzy, pielęgniarek, laborantów, ratowników i in.) jest długi; nawet do 10 lat i obejmuje studia oraz szkolenia specjalistyczne. Możliwości sprowadzania z zagranicy takich osób okazały się z wielu względów ograniczone.

Jeśli komuś intuicja nie podpowie, to w każdym podręczniku zarządzania przeczyta, że o cenne i unikalne zasoby trzeba dbać wyjątkowo starannie. Tymczasem polityka prowadzona przez Ministerstwo Zdrowia raczej przeczy tej zasadzie. Lekarzy i inne zawody medyczne traktuje się jak petentów, a nie partnerów. To m.in. doprowadziło do obecnych protestów. Pokłady cierpliwości wyczerpały się. Od ponad roku porozumienie zawodów medycznych sygnalizowało problemy, apelowało o rzeczywisty dialog. Wcześniej robiły to poszczególne reprezentacje, wśród nich samorząd lekarski. Były dziesiątki pism, apeli do rządu, parlamentu. Były prośby o spotkania. Efekty okazywały się mizerne.

Ministerstwo Zdrowia z uporem forsowało kolejne rozwiązania, mimo

ostrzeżeń, że doprowadzą one do konfliktów, niezadowolonych i protestów. Jeszcze w grudniu ub. roku Porozumienie Organizacji Lekarskich sformułowało postulaty w ramach kampanii #LeczymyMimoWszysto. Bo leczylimy mimo chaosu organizacyjnego i decyzyjnego, braku zabezpieczeń, decyzji naruszających prawa pracownicze i obywatelskie lekarzy, mimo decyzji finansowych konfliktujących środowisko. Postulaty były ignorowane. Ostatnio czarę goryczy przepełniły nowe zasady wynagradzania w publicznej ochronie zdrowia, konfliktujące środowiska medyczne, dyskryminujące i niesprawiedliwe. Wiele na ten temat powiedziano i napisano, dość przypomnieć upokarzającą podwyżkę 19 zł brutto dla lekarza specjalisty.

A dzieje się to w sytuacji, gdy Polska ma:

- znaczny niedobór kadry lekarskiej w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w stosunku do średniej OECD36 (2,4 vs 3,5)
- niewystarczający wzrost liczby lekarzy w sektorze (ledwie zauważalny w latach 2000-2017)
- najgorsze wynagrodzenia lekarzy specjalistów w relacji do średniej krajowej w krajach OECD36 (Polska – 1,4, Czechy – 2,6, Niemcy – 3,5)
- ekstremalnie niski (i malejący!) współczynnik zatrudnionych w sektorze opieki zdrowotnej (OECD 36 – 10,1 proc., Polska – 6 proc.).

W naszym kraju:

- ponad 55 proc. lekarzy jest w wieku powyżej 50 lat, z czego 16 proc. to osoby powyżej 71 r.ż.
- średni wiek lekarzy wykonujących zawód – ponad 51 lat
- średni wiek lekarzy specjalistów wykonujących zawód – blisko 56 lat
- średni wiek lekarzy chirurgów – prawie 59 lat
- średni wiek pielęgniarek – 53 lata, a położnych – 50 lat
- lekarska młodzież coraz rzadziej wybiera specjalizację zabiegową
- rosnące zadłużenie świadczeniodawców prowadzi do narastających konfliktów na tle wynagrodzeń i warunków pracy; efektem są masowe odejścia „białego personelu” z pracy, nasilające się protesty.

Powszechną bolączką polskich kadr medycznych są: przeciążenie pracą, wielodniowe lub bardzo liczne dyżury, a także problemy z zapewnieniem ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Kumulacja tych problemów wywołuje narastający problem wypalenia zawodowego. To tylko niektóre fakty obrazujące kondycję kadry medycznej w Polsce.

Kiedy medycy powiedzieli „dość”, powołany został wiceminister zdrowia ds. dialogu społecznego, co w kontekście naszych wielomiesięcznych starań o rzeczywisty dialog jest potwierdzeniem, że takiego dialogu brakowało.

Obecny protest medyków to forma obrony godności zawodu zaufania publicznego i przejaw lojalności wobec pacjentów. Przypisywanie temu działaniu politycznych intencji świadczy o braku zrozumienia specyfiki zawodu medycznego. Nazbyt często nieudolność organizacyjną i porażki kolejnych tzw. reform zrzuca się na barki przede wszystkim lekarzy, którzy stają oko w oko z pacjentami i ich rodzinami. Takiej konfrontacji nie przechodzą urzędnicy i politycy. Oni żyją w innym świecie. Nie są tak jak medycy związani zasadami etyki zawodowej, nie stają się zakładnikami moralnego szantażu i nie stawia się ich w obliczu trudnych moralnych wyborów.

Zapraszamy ich do opuszczenia tej strefy komfortu! Bez takiej zmiany perspektywy trudno będzie o konstruktywny dialog. Forsowanie rozwiązań ponad głowami medyków, skoro to oni są cennym i unikalnym zasobem, to działanie szkodliwe, wynikające z fałszywie rozumianej reformatorskiej misji bardziej w duchu lat 50-tych XX wieku niż trzeciej dekady wieku XXI, gdy jesteśmy już w czasach partycypacji, dialogu, konsensu, a szczególnie dotyczy to tzw. zawodów wiedzy, do których zalicza się medyków.

Partnerstwo i podmiotowość to postulat ponadgeneracyjny, bliski wszystkim, niezależnie od tego, do jakiej grupy się zaliczają – czy są siwowłosymi baby boomers, pokoleniem X czy Y.

Dlatego wszelkie próby anachronicznego podejścia do rozwiązywania problemów ochrony zdrowia i medyków w kategorii konfliktu pokoleń, przeciwstawiania interesów poszczególnych grup zawodowych, wreszcie skłonność do ustawiania w kontrze medyków i pacjentów powinny być z założenia odrzucone, jeśli – jak deklaruje nowo powołany wiceminister zdrowia ds. dialogu społecznego – ma nastąpić odbudowa zaufania. ■

ARTYKUŁ UKAZAŁ SIĘ 28 WRZEŚNIA 2021 R. W DZIENNIKU „RZECZPOSPOLITA”

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Nienależna specjalizacja

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczął postępowanie wyjaśniające w związku ze skargą złożoną przez rodziców małoletniego pacjenta na postępowanie lekarki. Jednym z wątków skargi były wątpliwości rodziców co do prawidłowości podawanych przez nią specjalizacji.

Aleksandra Gil biuro NROZ

OROZ w ramach prowadzonych czynności ustalił, iż na portalu internetowym www.znanylekarsz.pl bezpośrednio pod nazwiskiem lekarki umieszczono informację: „alergolog, specjalista medycyny naturalnej, diagnostyk”, natomiast kobieta posiada wyłącznie tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Lekarka wyjaśniała, że oznaczenie „alergologia, diagnostyka, medycyna naturalna” to kategoria „specjalności”, czyli obszar jej zainteresowań, nie zaś kategoria „specjalizacji”.

Lekarce postawiono zarzut w oparciu o art. 20 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w zw. z art 1 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz art. 65

Art. 20 u.z.l.i.d:

Lekarzowi przysługuje prawo używania tytułu i stopnia naukowego oraz tytułu specjalisty w brzmieniu określonym przez odrębne przepisy.

Art. 62 KEL:

Praktykę lekarską wolno wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem. Lekarzowi wolno używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych.

Art. 66 ust. 4 KEL:

Lekarzowi nie wolno stosować metod nieuczciwej konkurencji, szczególnie w zakresie nierzetelnego informowania o swoich możliwościach działania, jak i kosztach leczenia.

NSL podkreślił, że (...) lekarka miała obowiązek wystrzegania się sytuacji stwarzającej niejasności co do posiadania specjalizacji z danej dziedziny.

w zw. z art. 66 ust. 4 KEL, wskazując, że wykorzystwała możliwość umieszczenia na portalu internetowym „www.znanylekarsz.pl” bezpośrednio pod nazwiskiem ww. określić, co mogło wprowadzać w błąd pacjentów i ich rodziny o posiadanych przez nią specjalizacjach. Okręgowy sąd lekarski za wskazane przewinienie wymierzył jej karę upomnienia. Naczelny Sąd Lekarski uznał złożone przez obrońcę odwołanie za niezasadne i utrzymał w mocy orzeczenie OSL. NSL podkreślił, że w świetle samego art. 20 u.z.l.i.d. w zw. z treścią art. 1 ust. 3 KEL lekarka miała obowiązek wystrzegania się sytuacji stwarzającej niejasności co do posiadania specjalizacji z danej dziedziny. Skoro lekarz dopiero po wieloletnim szkoleniu, odbyciu staży i zdaniu egzaminów ma prawo do używania tytułu specjalisty, to z etycznego punktu widzenia pozostaje bezsporne, iż powinien to robić w sposób nie budzący wątpliwości po stronie odbiorcy co do faktycznie posiadanych specjalizacji. ■

KOMENTARZ



Grzegorz Wrona
Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Opisywane prawomocne orzeczenie NSL jest kolejnym sygnałem o występujących stosunkowo często próbach przypisania sobie w celach marketingowych nienależnych tytułów, specjalizacji czy umiejętności, które nie zostały potwierdzone w drodze określonej przepisami. Przepisy te mają na celu przede wszystkim ochronę prawa pacjenta do uzyskania świadczenia zdrowotnego (leczenia) opartego o aktualną wiedzę medyczną od osoby posiadającej taką wiedzę. Pacjent nieposiadający wiedzy specjalnej, mając prawo wyboru lekarza, szczególnie w sytuacji,

gdy za takie leczenie płaci z własnego portfela, może oczekiwać od lekarza prawdziwej informacji o swoich kompetencjach. Inni lekarze, szczególnie ci, którzy latami zdobywali wiedzę, doświadczenie i kompetencje, którzy potwierdzili to w sposób określony prawem i dopełniają obowiązku doskonalenia zawodowego, mają prawo oczekiwać od swojego samorządu, że napomni osoby nieprzestrzegające zasad uczciwej konkurencji opartej o fakty. W opisywanej sytuacji oszukani czuli się rodzice dziecka, poszukujący rozwiązania problemu, któremu lekarka nie podołała. Opisana sytuacja jest kolejnym dowodem na to, że zgłaszane portalowi przez samorząd żądania właściwej konstrukcji internetowych ogłoszeń (informacji?) są zasadne.

Warto też zasygnalizować, iż od prawomocnego, i w związku z tym wykonywanego przez samorząd, orzeczenia przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego. ■

KONSEKWENCJE NIESTAWIENNICTWA W PRACY

Lekarz na kontrakcie a przeniesienie kar z NFZ

W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania postanowień wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ, fundusz ma prawo nałożyć na placówkę medyczną karę umowną.

Co jednak w przypadku, gdy niewykonanie lub nienależyte wykonanie nie wynikało z winy placówki, a było efektem działania lekarza zatrudnionego na kontrakcie? Czy można przenieść na lekarza karę nałożoną przez NFZ?

Katarzyna Wita aplikant adwokacki, członek Sekcji Prawa Medycznego i Farmaceutycznego ORA Warszawa

Kontrakt lekarski to umowa cywilnoprawna nienazwana i należy stosować do niej ogólne przepisy Kodeksu cywilnego, a także przepisy o zleceniu (art. 734 – 751 KC). Wynika to z przyjęcia kontraktu lekarskiego jako „umowy o świadczenie usług”. Treść umowy jest ustalana pomiędzy dwoma, równorzędnymi podmiotami (lekarzem i placówką medyczną, np. szpitalem), które w kształtowaniu stosunku umownego ograniczone są jedynie zasadami współżycia społecznego, naturą zobowiązaniowego stosunku prawnego i obowiązującymi przepisami prawa. Jedną z części takiego kontraktu jest uregulowanie przez strony niewykonania przez lekarza obowiązków, np. poprzez niestawiennictwo na dyżurze. W umowie może więc znaleźć się zapis, który nałoży na przyjmującego zamówienie (lekarza) karę umowną za każdy przypadek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków, w wysokości np. 5 proc. wynagrodzenia brutto należnego za miesiąc, w którym nastąpiło niewykonanie lub nienależyte wykonanie obowiązków. Co więcej, jeśli na skutek zaniechań wysokość powstałej szkody przewyższa wartość przewidzianych umową kar, udzielających

Jedną z części takiego kontraktu jest uregulowanie przez strony niewykonania przez lekarza obowiązków, np. poprzez niestawiennictwo na dyżurze. W umowie może więc znaleźć się zapis, który nałoży na przyjmującego zamówienie (lekarza) karę umowną za każdy przypadek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków.

zamówienia (placówka medyczna, np. szpital) ma prawo dochodzić odszkodowania na zasadach ogólnych.

KARY UMOWNE

Zasady realizacji umów o udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września

2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa jest zawierana pomiędzy świadczeniodawcą (np. szpitalem) a NFZ. Świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez prezesa NFZ. Załącznik do rozporządzenia zawiera „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” – na jego podstawie, w przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy (np. szpitala), wysokość kary umownej wynosi w przypadku nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie do 1 proc. kwoty zobowiązania określonej w umowie za każde stwierdzone naruszenie¹. W praktyce oznacza to nic innego jak uprawnienie NFZ do nałożenia kary na placówkę za faktyczne nieudzielenie świadczeń na skutek niezapewnienia świadczeń lekarza w czasie lub miejscu ustalonym w umowie. Wysokość kary, za każdy przypadek

braku lekarza, może wynosić do 1 proc. wartości kontraktu szpitala z NFZ.

Czy szpital może domagać się od lekarza zatrudnionego na kontrakcie, który nie stawiał się na dyżurze, zwrotu pieniędzy, które musi zapłacić w ramach nałożonej przez NFZ kary? Niestety czasem tak bywa.

Przykład nr 1 – zastrzeżenie w kontrakcie możliwości przeniesienia kary

Jeżeli kontrakt lekarski zawiera postanowienie dotyczące możliwości przeniesienia na lekarza kary nałożonej przez NFZ na placówkę medyczną², to wówczas placówka może przenieść karę na lekarza, który tę szkodę spowodował, np. w skutek niestawiennictwa na dyżurze. Co więcej, nie musi ona udowadniać wysokości poniesionej szkody. Taka jest odpowiedzialność kontraktowa. Określa ją art. 471 KC: „Dłużnik (lekarz) obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik (lekarz) odpowiedzialności nie ponosi”.

Przykład nr 2 – brak zastrzeżenia w kontrakcie możliwości przeniesienia kary

W przypadku, gdy kontrakt nie zawierał zastrzeżenia możliwości przeniesienia kary na lekarza, placówka także może

Wysokość kary, za każdy przypadek braku lekarza, może wynosić do 1 proc. wartości kontraktu szpitala z NFZ.

dochodzić roszczeń od lekarza kontraktowego, jednak zadanie to jest trudniejsze. Po pierwsze, placówka musi wykazać szkodę, jaka powstała w jej majątku, a po drugie, musi wykazać związek przyczynowy pomiędzy powstaniem szkody a działaniem lekarza. Wykazaniem szkody będzie wykazanie w majątku placówki medycznej „ubytku” spowodowanego nałożoną karą. Z kolei wykazanie związku przyczynowego wiąże się z odpowiedzialnością deliktową, czyli z czynu niedozwolonego, o której stanowi art. 415 KC: „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia”. Prawo dopuszcza następujące żądania: przywrócenie stanu poprzedniego, odszkodowanie (dotyczy szkody majątkowej), zadośćuczynienie (dotyczy szkody niemajątkowej). W omawianym przypadku placówka medyczna żądać może odszkodowania w związku z doznaną szkodą majątkową.

PRZEDAWNIE NIE ROSZCZEŃ

Czas, w jakim można zażądać od lekarza „zwrotu” kary nałożonej na placówkę

przez NFZ, różni się w zależności od treści kontraktu. Gdy chodzi o odpowiedzialność kontraktową (zapis o „przeniesieniu” w kontrakcie), ustawodawca nie stworzył ogólnych przepisów, które by regulowały zasady przedawnienia roszczeń o wykonanie zobowiązania albo o naprawienie szkody wyrządzonej ich niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem. Co do zasady, do tych roszczeń muszą być zatem stosowane przepisy ogólne o przedawnieniu, zatem stosownie do art. 118 KC termin przedawnienia roszczeń z uwagi na ich związek z prowadzeniem działalności gospodarczej wynosi trzy lata.

W przypadku odpowiedzialności deliktowej (czyli w braku zapisu w kontrakcie), na podstawie art. 442 KC roszczenie przedawnia się w ciągu trzech lat, odkąd placówka medyczna dowiedziała się o szkodzie oraz o osobie zobowiązanej do jej naprawienia, jednakże nie później niż 10 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące szkodę (czyli np. dzień, w którym lekarz nie stawiał się na dyżurze). Jeżeli jednak szkoda powstała na skutek występku lub zbrodni, roszczenie o jej naprawienie przedawnia się po 20 latach od dnia popełnienia przestępstwa. ■

¹ Art. 30 ust. 1 pkt 2 lit a) Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do rozp. MZ z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

² np. za pomocą zapisu, że zamawiający (placówka medyczna) uprawniony jest do żądania od wykonawcy (lekarza) zwrotu równowartości kar pieniężnych nałożonych przez NFZ na zamawiającego, o których mowa w kontraktach zawartych pomiędzy NFZ a zamawiającym, jeżeli nałożenie tych kar było wynikiem niewłaściwego wykonania przez wykonawcę zadań i obowiązków wynikających z umowy.

ORZECZENIA SĄDOWE

Leczenie dziecka

Zgoda na udzielenie świadczeń zdrowotnych małoletniemu pacjentowi sprawia sporo kłopotów nie tylko lekarzom, ale również prawnikom. Pojawiają się one choćby przy szczepieniach ochronnych. Spróbuję przybliżyć państwu stanowisko praktyki sądowej w takich sprawach.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

Czynności lecznicze podjęte, wbrew przepisom, bez zgody pacjenta, są bezprawne i mogą stanowić podstawę odpowiedzialności cywilnej, karnej lub zawodowej lekarza. Natomiast zgoda uchyla bezprawność ingerencji medycznej i, w konsekwencji, znosi odpowiedzialność za przeprowadzenie zabiegu, choć oczywiście nie wyłącza odpowiedzialności za ewentualne błędy w sztuce lekarskiej (wyrok TK z 11.10.2011 r., K 16/10).

CZYJA ZGODA JEST WYMAGANA?

Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest jednym z praw pacjenta gwarantowanych w art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przepisy dotyczące zgody znajdują się również w art. 32-34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Skąd wobec tego wątpliwości? W art. 17 ust. 2 ustawy o PP i RPP, podobnie w art. 32 ust. 2 i 34 ust. 3 ustawy o ZLiLD, mówi się o zgodzie przedstawiciela ustawowego małoletniego pacjenta. O zgodzie przedstawiciela ustawowego stanowi również art. 15 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Wszędzie wymienia się przedstawiciela ustawowego w liczbie pojedynczej. Tylko że zwykle przedstawicielami małoletniego są rodzice, których jest dwoje.

Wykonywanie władzy rodzicielskiej regulują przepisy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Zgodnie z art. 97 ust. 1 i 2 tego kodeksu, jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, każde z nich jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania, ale o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają

wspólnie, a w razie braku porozumienia między nimi rozstrzyga sąd opiekuńczy. Tyle że przepisy kodeksu nie wyjaśniają, co to są sprawy istotne. Interpretacje są całkowicie rozbieżne – od uznania każdej interwencji medycznej za istotną, po przyjęcie, że taki charakter mają zabiegi operacyjne i metody leczenia lub diagnostyki stwarzające podwyższone ryzyko. Cenne wskazówki zawiera wy-

W sytuacji, gdy jedno z rodziców jasno komunikuje zgodę na leczenie, to lekarz nie musi prowadzić dochodzenia, czy uzgodnił to stanowisko z drugim rodzicem (chyba że wie o jego sprzeciwie).

rok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z 25.10.2012 r. III SA/Kr 1535/11, w którym sąd orzekł, że także w istotnych sprawach dziecka każdy z przedstawicieli ustawowych jest umocowany do złożenia oświadczenia woli odnośnie małoletniego. WSA uznał, że czym innym jest prawo działania w charakterze przedstawiciela ustawowego w relacjach z osobami i urzędami, a czym innym podejmowanie merytorycznego stanowiska w istotnej sprawie dziecka. W tym zakresie musi być uzgodniona wola rodziców, którą oczywiście władny jest skutecznie przedstawić każdy z nich. Jednak zawsze

odpowiedzialność z uzgodnionej decyzji będą ponosić wspólnie. W sytuacji, gdy jedno z rodziców jasno komunikuje zgodę na leczenie, to lekarz nie musi prowadzić dochodzenia, czy uzgodnił to stanowisko z drugim rodzicem (chyba że wie o jego sprzeciwie). Staje się to przedmiotem ewentualnego sporu pomiędzy rodzicami na tle nienależytego wykonywania władzy rodzicielskiej.

KWESTIA PEŁNOMOCNICTWA

Na wokandę sądową trafiło również inne zagadnienie związane z udzieleniem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego – możliwość jej udzielenia przez osobę upoważnioną przez rodziców jako przedstawicieli ustawowych dziecka. Często zdarzają się sytuacje, gdy dziecko – choćby podczas wakacji – przebywa pod opieką innych osób niż rodzice. Często zapobiegliwie rodzice udzielają na ten czas pełnomocnictwa do wyrażenia zgody na ewentualne zabiegi lecznicze. W uchwale z 11.04.2006 r. I CSK 191/05 Sąd Najwyższy uznał, że przedstawiciel ustawowy małoletniego dziecka może udzielić pełnomocnictwa do złożenia oświadczenia o wyrażeniu zgody przewidzianej w art. 34 ust. 3 ustawy o ZLiLD. W treści uzasadnienia doprecyzował to stanowisko, wskazując, że może to być zarówno pełnomocnictwo do poszczegółnej (konkretnej) czynności, jak i pełnomocnictwo rodzajowe w przypadku leczenia periodycznego, wymagającego powtarzalnych zabiegów lub diagnostyki, z tym że ich charakter musi być ściśle określony. Nie może to być ogólne, blankietowe pełnomocnictwo do wyrażania zgody na wszelkie zabiegi medyczne. ■

Radiologia dociążona obowiązkiem

Andrzej Cisko
wiceprezes NRL



**Czy ktoś się jeszcze przejmuje stylem
sprawowania władzy?**

Felieton do „Gazety Lekarskiej” z października ubiegłego roku zatytułowałem „Wyprowadzacie kóz”. Pisałem wówczas o dość sprytniej taktyce władz publicznych, polegającej na wiązaniu naszej uwagi i aktywności w łagodzenie uciążliwości nowinek legislacyjnych.

Schemat jest dość prosty i czytelny:

- etap 1: władza projektuje jakiś ponadmiarowy obowiązek,
- etap 2: my staramy się w trybie konsultacji bądź bezpośrednich negocjacji ten obowiązek z projektu przepisów usunąć bądź złagodzić,
- etap 3: władza w końcu ten obowiązek w najlepszym razie usuwa bądź łagodzi,
- etap 4: wszyscy ogłaszają sukces (zwłaszcza władza, która na jakiś czas wiąże nasze siły), a społeczność lekarska nic z tego nie ma, bo przecież stan końcowy nie różni się od wyjściowego.

Ale formalnie nikt za to nie odpowiada. Jest to klasyczny przykład czynu, za który władzy grozi jedynie odpowiedzialność polityczna – ocena sposobu, czy „klasy” jej sprawowania. Pytanie tylko, czy ktoś się stylem sprawowania władzy jeszcze dzisiaj przejmuje?

Przykładem tego schematu jest wprowadzenie nowych obowiązków w radiologii STM. Dotąd wykonywanie procedur radiologicznych przy użyciu wszystkich aparatów STM zwolnione było z obowiązku uzyskiwania zgód (nie mylić z zezwoleniem na uruchomienie aparatu jako takiego). Po nowelizacji Prawa atomowego z takiego zwolnienia korzystają procedury RTG wykonywane wyłącznie za pomocą aparatów do zdjęć wewnątrzustnych. We wrześniu zostało podpisane rozporządzenie regulujące wymagania stawiane placówkom chcącym wykonywać pozostałe procedury (2D i 3D). Pierwsza wersja przepisu była dość sroga – placówka albo musiała zatrudnić specjalistę radiologa, albo technika RTG (nie wiadomo

zresztą dlaczego, skoro technik nie jest uprawniony do oceny zdjęć). Była też trzecia możliwość: zapewnić specjalistę stomatologa, który w trakcie programu specjalizacji odbył przeszkolenie z radiologii. Po długich pertraktacjach i rozwiązaniach pośrednich stanęło w rozporządzeniu na tym, że ów trzeci warunek złagodzono do wymogu, aby lekarz dentysta odbył szkolenie w trybie szkolenia ustawicznego, w trakcie którego zdobędzie umiejętności do wykonywania tych procedur. Ma być to szkolenie z punktami edukacyjnymi, zatwierdza-

**Zanikają oto klasyczne
modele relacji pacjent-lekarz
czy nauczyciel-mistrz.**

ne przez izbę i zakończone wydaniem przez nią stosownego certyfikatu. Nie powiem – kosztowało to niemało zachodu. W efekcie sam wymóg szkolenia trudno uznać za szczególnie dolegliwy, choć wielu wyda się zupełnie zbędny. Nie będzie to bardzo rozbudowane szkolenie i zapewne zapiszą się na nie również ci, którzy wcale takiego wniosku o wydanie zgody składać nie muszą. Szukajcie Państwo na stronach serwisu internetowego Komisji Stomatologicznej NRL specjalnej ikonki poświęconej tym kursom.

Radiologia, która (wyjawszy cały EDM) chyba wiedzie prym w nowych obowiązkach, jest przykładem zjawiska, które dla środowiska stomatologów będzie nie lada wyzwaniem. Zanikają oto klasyczne modele relacji pacjent-lekarz, czy nauczyciel-mistrz. Z pola widzenia systemu znikają praktyki lekarskie. Nastała era serwowanej nam konsolidacji, akredytacji, wszechobecnego marketingu i nieczytelnej taryfikacji, którą niedługo władza „poleje sosem” badania satysfakcji pacjentów. Wszystko to wmontowane w system, który coraz bardziej staje się równaniem ze zbyt wieloma niewiadomymi. ■

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Szczoteczka, nitka czy irygator?

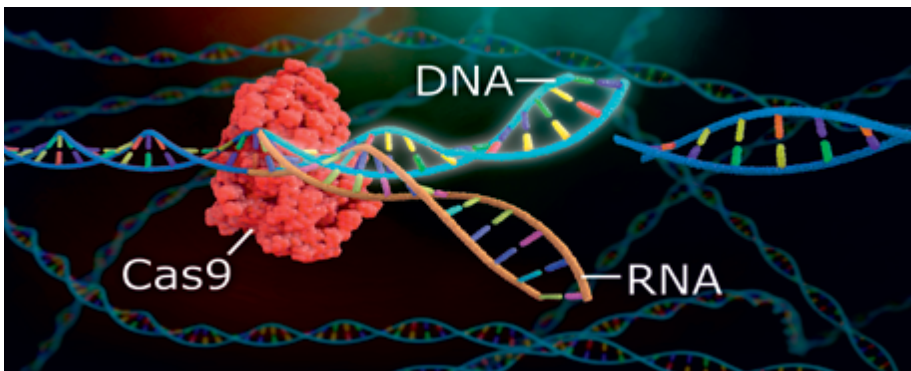
Czy probiotyki zapobiegają chorobom dziąseł? Czy nitkowanie jest konieczne? Nowe analizy przeprowadzone przez badaczy z Uniwersytetu w Buffalo (USA) oddzielają fakty od fikcji oraz pozwalają ustalić, które narzędzia do higieny jamy ustnej naprawdę zapobiegają chorobom dziąseł.

W październikowym numerze „Journal of the International Academy of Periodontology” ukazał się artykuł, w którym amerykańscy badacze – Eva I. Volman, Elizabeth Stellrecht i Frank A. Scannapieco – zaprezentowali wyniki analiz dotyczących skuteczności zastosowania różnych produktów konsumenckich do higieny jamy ustnej. Okazało się, że stosunkowo niewiele z nich jest w stanie zapobiegać zapaleniu dziąseł i przyzębia. Podstawowe i najważniejsze jest ręczne szczotkowanie zębów, które stawiają na równi ze szczotkowaniem mechanicznym. Tworzeniu się

biofilmu skutecznie przeciwdziałają także irygatory oraz szczoteczki międzyzębowe. Jeśli chodzi o miejscowe interwencje chemiczne, to udowodniono, że pozytywnie działają środki z wykorzystaniem glukonianu chlorheksydyny (CHX), chlorku cetylopi-rydyniowy (CPC) i olejków eterycznych. Na skuteczność innych – takich jak benzoesan sodu (PLAX), fluorek cynawy, heksetydyna, nadtlenek wodoru, inne naturalne związki, 0,2 proc. delmopinol, probiotyki, środki przeciwzapalne, suplementy diety, przeciwutleniacze i rzucenie palenia – dowody są ograniczone. – W chwili obecnej wszystkie inne interwencje w zakresie higieny jamy ustnej są poparte niewystarczającymi dowodami – ocenia dr Frank Scannapieco, doktor nauk medycznych, główny badacz, kierownik i profesor w UB School of Dental Medicine. ■

Źródło: ed.buffalo.edu

Rozważania bioetyczne



Brytyjscy naukowcy z King's College London i Uniwersytetu Oksfordzkiego zastanawiają się, czy ingerencje biologiczne są etyczne w stomatologii. Rozważania na ten temat opublikowali niedawno na łamach „Nature”.

Choroby jamy ustnej, takie jak próchnica i zapalenie przyzębia, wciąż są szeroko rozpowszechnione, a istniejące możliwości ich leczenia ograniczone. W związku z tym rośnie zainteresowanie opracowywaniem nowatorskich ingerencji biologicznych, w tym m.in. CRISPR-Cas9 (Clustered Regularly-Interspaced Short

Palindromic Repeats, pol. zgrupowane, regularnie rozproszone, krótkie, powtarzające się sekwencje palindromiczne), które w przyszłości mogłyby zostać wykorzystane w celu leczenia i zapobiegania rozwojowi tych schorzeń. Vitor C.M. Neves, Jonathan Pugh i Julian Savulescu bronią poglądu, że zapewnienie w miarę bezpiecznych i skutecznych nowych ingerencji biologicznych, których celem byłoby zapobieganie próchnicy i zapaleniu przyzębia, należy postrzegać jako należące do stomatologii. ■

Źródło: nature.com

CEDE w nowej odsłonie

Po dwuletniej przerwie, spowodowanej utrudnieniami związanymi z pandemią COVID-19, Środkowoeuropejska 29. Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE wreszcie doszła do skutku.

Targi po 13 latach powróciły do Łodzi i zaprezentowały się w nowej odsłonie. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom środowiska, organizatorzy postawili na edukację, uwzględniając jej charakter praktyczny. Panele dyskusyjne obejmowały zagadnienia kliniczne, z którymi na co dzień spotyka się każdy lekarz dentysta. Zainteresowaniem cieszyły się porady dotyczące usprawniania przyspieszania powtórznego leczenia kanałowego, technik iniekcyjnych w bezpośrednich uzupełnieniach kompozytowych i wskazówki, jak wykorzystywać skaner wewnętrzny w codziennej praktyce oraz cyfrową diagnostykę okluzyjną. Jeden z paneli był poświęcony nowoczesnym rozwiązaniom w endodoncji, a towarzyszące mu warsztaty uczyły lekarzy dentystów, jak sobie poradzić w trudnych sytuacjach endodontycznych. Najliczniejszą grupę zwiedzających targi CEDE przyciągnęła blisko trzygodzinna debata poruszająca wpływ pandemii COVID-19 na życie zawodowe i osobiste osób z branży stomatologicznej, głównie lekarzy dentystów, ale też higienistek i techników dentystycznych.

Część uroczysta targów odbyła się w Pałacu Poznańskim, gdzie nie zabrakło akcentów samorządowych. W spotkaniu uczestniczył wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL Andrzej Cisko, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi Paweł Czekalski oraz Anna Lella, prezes Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie, która niedawno została członkiem ścisłego prezydium Światowej Federacji Dentystycznej FDI.

Targi CEDE w ciągu trzech dni (7-9 października) odwiedziło w sumie 3700 lekarzy dentystów i innych osób zawodowo związanych ze stomatologią. Mogli oni zapoznać się z ofertą produktów dentystycznych 130 różnych firm.

Wyzwania na przyszłość

Tegoroczne obrady Światowego Parlamentu Stomatologicznego FDI, tradycyjnie odbywające się wraz ze Światowym Kongresem Dentystycznym FDI, po raz pierwszy w historii odbyły się całkowicie zdalnie. Program obfitował w spotkania robocze, nie zabrakło też licznych sesji edukacyjnych. Na jakich problemach skupili się uczestnicy spotkania?

Anna Lella członek zarządu FDI

W dniach 16-30 września zorganizowano w sumie szereg różnego rodzaju posiedzeń i spotkań, obejmujących m.in.: cztery sesje Zgromadzenia Ogólnego FDI, trzy sesje tzw. Otwartego Forum, spotkanie tzw. oficerów łącznikowych, spotkania stałych komitetów FDI, sekcji i zespołów, posiedzenia Zarządu FDI oraz Światowe Forum Kobiet Dentystów. Nie zabrakło merytorycznych szkoleń (ponad 200 sesji) oraz wystawy producentów sprzętu stomatologicznego.

Organizatorzy – FDI oraz Australijskie Stowarzyszenie Stomatologiczne (wg pierwotnych planów tegoroczny kongres miał się odbyć w Sydney) – przygotowali platformę internetową umożliwiającą interaktywny udział w poszczególnych wydarzeniach delegatom Parlamentu Stomatologicznego reprezentującym krajowe organizacje stomatologiczne (ok. 300 osób z 97 państw) oraz lekarzom dentystom, którzy zarejestrowali się w celu skorzystania z oferty edukacyjnej (ponad 2000 osób z 81 państw).

STANOWISKA

Na tegorocznym kongresie przyjęto osiem nowych stanowisk FDI (FDI policy



statements), m.in. w sprawie poprawy dostępu do opieki stomatologicznej, roli lekarzy dentystów w rzucaniu palenia, roli lekarzy dentystów w dobie epidemii, zarządzania odpadami związanymi z amalgamatem i rtęcią, bezpiecznego stosowania amalgamatu i stopniowego zmniejszania jego zużycia. Wprowadzono także zmiany do trzech stanowisk z lat wcześniejszych, m.in. w sprawie zapobiegania zakażeniom w gabinecie stomatologicznym.

RESUSCYTACJA

Nagłe zatrzymanie akcji serca jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów i to

nie tylko w uprzemysłowionych krajach zachodnich, dlatego FDI uważa, że na całym świecie osoby zatrudnione w gabinetach stomatologicznych powinny umieć poradzić sobie z taką nagłą sytuacją dzięki odpowiedniemu wyszkoleniu, również w zakresie stosowania defibrylatora (AED) – zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi. Tym samym, stanowisko FDI kolejny raz wzmacnia rolę lekarzy dentystów w praktyce lekarskiej.

EPIDEMIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH

W swoim stanowisku FDI stara się odnieść do wniosków wyciągniętych z pandemii COVID-19 oraz sposobu, w jaki

W FDI Polscy lekarze dentyści są reprezentowani przez Polski Komitet Krajowy FDI (współtworzony przez Naczelną Izbę Lekarską i Polskie Towarzystwo Stomatologiczne).

W tym roku NIL reprezentowali: dr Anna Lella, dr Ewa Siewierska-Chomeniuk, dr Radosław Maksymowicz oraz r. pr. Marek Szewczyński, a PTS – prof. Marzena Dominiak i prof. Ingrid Różyło-Kalinowska.

można je wykorzystać do skutecznego przygotowania lekarzy stomatologów i członków zespołu dentystycznego na przyszłe epidemie i kryzysy zdrowotne.

Zdrowie jamy ustnej w okresie pandemii nie było traktowane jako jeden z priorytetów polityki zdrowotnej. Odnotowano wzrost zarówno liczby nagłych przypadków stomatologicznych, jak i stosowania antybiotyków. To alarmujący wskaźnik poważnych konsekwencji zaprzestania niezbędnej opieki profilaktycznej i terapeutycznej.

W ocenie FDI podczas wybuchów epidemii chorób zakaźnych główną rolę lekarzy dentystów i członków zespołu stomatologicznego jest zapewnienie bezpiecznej i odpowiedniej opieki stomatologicznej, w tym profilaktycznej, diagnostycznej i terapeutycznej. Jednak w razie potrzeby lekarze dentyści i członkowie zespołu stomatologicznego posiadający odpowiednie umiejętności i przeszkolenie mogą także wspierać innych pracowników ochrony zdrowia jako członkowie pierwszej linii pomocy medycznej. Jednocześnie FDI mocno podkreśla znaczenie ciągłości dostępu do opieki stomatologicznej dla zdrowia ogólnego, zarówno w zakresie profesjonalnej profilaktyki, jak i działań leczniczych.

FDI zachęca władze, aby:

- uwzględniały lekarzy dentystów we wszystkich dyskusjach i decyzjach odnoszących się do świadczenia opieki zdrowotnej i spraw dotyczących pracowników ochrony zdrowia;
- zapewniały właściwy dostęp w stomatologii do odpowiednich środków ochrony indywidualnej;
- umożliwiały lekarzom dentystom i członkom zespołu dentystycznego uzyskanie odpowiedniego wsparcia finansowego i administracyjnego w okresie ograniczeń w wykonywaniu pracy w związku z epidemią;

- zapewniały odpowiednie wsparcie finansowe i administracyjne w ramach stomatologicznych programów zdrowia publicznego, ułatwiające pokrycie dodatkowych kosztów przestrzegania przepisów sanitarnych;
- włączały lekarzy dentystów, studentów stomatologii i członków zespołu dentystycznego do grup o najwyższym priorytecie w zakresie szczepień;
- zapewniały lekarzom dentystów i studentom stomatologii dostęp do odpowiedniego przeszkolenia w zakresie realizowania szczepień.

AMALGAMAT

W jednym ze stanowisk FDI wyraziło poparcie dla apelu WHO o stopniowe ograniczanie stosowania amalgamatu poprzez zmniejszanie zapotrzebowania na ten materiał, a to za sprawą zwiększania nacisku na profilaktykę chorób jamy ustnej i promocję zdrowia, a także dzięki zintensyfikowaniu badań nad rozwojem i dostępnością alternatywnych materiałów wypełniających. Podkreślono, że w przypadku dopuszczenia stosowania amalgamatu, należy zapewnić pacjentom i środowisku jak najlepszą ochronę przed narażeniem na działanie rtęci. Personel stomatologiczny powinien być ponadto przeszkolony co do sposobów minimalizowania ilości odpadów zawierających

rtęć oraz stosowania dobrych praktyk w przypadku ich usuwania, zgodnie z obowiązującym prawodawstwem dotyczącym ochrony środowiska.

NIKOTYZM

To kolejny temat, w przypadku którego FDI sformułowało stanowisko. Podkreśla się w nim znaczącą rolę lekarzy dentystów i ich współpracowników we wspieraniu pacjentów w zaprzestawianiu paleniu tytoniu, zgodnie z obowiązującymi na całym świecie metodami i wytycznymi oraz wskazuje zalecane sposoby działania w tym zakresie, adresowane zarówno do poszczególnych pracowników, jak i ich organizacji zawodowych oraz organizatorów kształcenia. Lekarze dentyści i ich zespoły regularnie mają kontakt z pacjentami, którzy zazwyczaj nie korzystają z profilaktyki w innych obszarach medycyny. Walka z nikotynizmem powinna być więc rutynowym elementem kontaktów z pacjentem stomatologicznym.

Na stronie FDI są dostępne wszystkie przyjęte stanowiska, opracowania tematyczne typu WhitePaper, liczne programy edukacyjne, m.in. bezpłatne webinaria w zakładce Oral Health Campus, oraz inne materiały pomocnicze dla lekarzy praktyków, przydatne narzędzia do komunikacji z pacjentami. ■

29 września br., podczas obrad Światowego Parlamentu Stomatologicznego FDI, odbyły się wybory do Zarządu FDI oraz do pięciu stałych komitetów tej organizacji. Dr Anna Lella, reprezentująca Naczelną Izbę Lekarską, została wybrana na stanowisko członka zarządu FDI (FDI Councillor) w latach 2021-2024. Jest to pierwszy lekarz stomatolog z Polski, która zasiadnie w ścisłym zarządzie FDI – największej organizacji lekarsko-dentystycznej na świecie, zrzeszającej ponad 200 krajowych organizacji stomatologicznych z wszystkich kontynentów. Światową Federację Dentystyczną założono w Paryżu w 1900 r. pod francuską nazwą Fédération Dentaire Internationale. od której pochodzi do dzisiaj stosowany skrót FDI.

Przewodnictwo FDI przejęła z rąk ustępującego dra Gerharda Seebergera prof. Ihsane Ben Yahya, pierwszy prezydent FDI z Afryki, dziekan Wydziału Stomatologii na Uniwersytecie Medycznym Króla Mohammeda VI w Casablance, po ośmiu latach w Radzie FDI, w tym dwóch w roli prezydenta-elekta. Nowym prezydentem-elektem FDI, który obejmie funkcję prezesa za dwa lata, został wybrany dr Greg Chadwick z USA.

Zarząd FDI składa się z prezydenta, prezydenta-elekta, skarbnika i 10 radnych – członków zarządu, wybranych przez Zgromadzenie Ogólne. Dodatkowo w zebraniach zarządu biorą udział marszałek – przewodniczący Zgromadzenia Ogólnego i dyrektor wykonawczy FDI, lecz bez prawa głosu. Ponadto w strukturze organizacyjnej FDI istnieją komitety stałe i inne grupy robocze, dedykowane określonym obszarom, są one ciałem doradczym zarządu poprzez wydawane ekspertyzy i składane sprawozdania ze swojej działalności. W skład struktury organizacyjnej federacji wchodzi 5 organizacji regionalnych – z Afryki, Azji, Europy, Ameryki Łacińskiej oraz Ameryki Północnej.

Aby zapewnić ciągłość pracy federacji, zarządu nigdy nie wymienia się w całości. We wrześniu br. wyłoniono nowego prezydenta-elekta, skarbnika, marszałka i obsadzono pięć miejsc radnych zarządu. Wybierano również składy do komitetów i grup roboczych.

Prof. Marzena Dominiak, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, pozostała członkiem Komitetu ds. Kształcenia FDI na kolejną kadencję.

**UCHWAŁA Nr 19/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 3 września 2021 r.
w sprawie zmiany uchwały w sprawie
szczegółowego trybu postępowania w sprawach
przyznawania prawa wykonywania zawodu
lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia
rejestrów lekarzy i lekarzy dentyistów**

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.) oraz art. 6, 7 i 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty oraz prowadzenia rejestrów lekarzy i lekarzy dentyistów, zmienionej uchwałą Nr 7/18/VIII z dnia 31 sierpnia 2018 r., Nr 23/19/VIII z dnia 31 maja 2019 r., Nr 34/19/VIII z dnia 18 października 2019 r., Nr 22/20/VIII z dnia 11 grudnia 2020 r., Nr 1/21/VIII z dnia 29 stycznia 2021 r. i Nr 9/21/VIII z dnia 16 kwietnia 2021 r. wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3:

a) uchyla się pkt 11a,

b) pkt 18 otrzymuje brzmienie:

„18) dokument „Prawo wykonywania zawodu” - „Prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa” wydawane na podstawie przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty”;

c) pkt 18a i 18b otrzymują odpowiednio numerację: pkt 17a i 17b,

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

„21) ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty - ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790) również ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28 poz. 152 z późn. zm.) (od 1 maja 2004 r. zmiana tytułu ustawy),”

2) w § 4:

a) w ust. 1 po pkt 2b dodaje się pkt 2c w brzmieniu:

„2c) przyznania prawa wykonywania zawodu lekarzowi cudzoziemcowi w celu odbycia kształcenia podyplomowego, uzyskania stopnia naukowego lub uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych”;

b) w ust. 1 po pkt 7 dodaje się pkt 8 w brzmieniu:

„8) zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu”;

c) w ust. 2 uchyla się pkt 7,

d) w ust. 2 pkt 8, 9, 10 i 11 otrzymuje odpowiednią numerację 7, 8, 9 i 10,

e) w ust. 2 po pkt 10 dodaje się pkt 11 w brzmieniu:

„11) unieważnienia dokumentu „Prawa wykonywania zawodu”, o którym mowa w art. 7c ust. 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty”;

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

„3. Na wniosek obywatela państwa członkowskiego UE Naczelna Rada Lekarska przeprowadza postępowanie w sprawie tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej bez konieczności uzyskania prawa wykonywania zawodu.”;

3) w § 5:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Wraz z wnioskiem o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza lub prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności lekarz obywatel państwa członkowskiego UE, lekarz cudzoziemiec przedstawia okręgowej radzie lekarskiej okręgowej izby, na obszarze której zamierza wykonywać zawód, dowody spełnienia warunków określonych odpowiednio w art. 5 ust. 1-6, art. 5a-5c ust. 1 oraz art. 5f albo art. 7 ust. 1 i 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, potwierdzone dokumentami, o których mowa odpowiednio w art. 6 ust. 1-7 i 9 albo art. 7 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.”;

b) po ust. 3 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Wniosek oraz dokumenty, o których mowa w ust. 1-3, mogą być wnoszone pisemnie (osobiście w biurze okręgowej izby bądź za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1041 i 2320)).”

4) w § 6:

a) w ust. 3 pkt 1 wyrazy „Dz. U. z 2016 r. poz. 1990” zastępuje się wyrazami „Dz. U. z 2020 r. poz. 35”;

b) w ust. 3 pkt 2 wyrazy „Dz. U. z 2016 r. poz. 1836 i 2003” zastępuje się wyrazami „Dz. U. z 2021 r. poz. 1108”;

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Okręgowa rada lekarska, rozpatrując wniosek lekarza cudzoziemca o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza, ocenia spełnienie warunków, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz warunków, o których mowa

w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2020 r., poz. 35 z późn. zm.).”

d) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Okręgowa rada lekarska, rozpatrując wniosek lekarza cudzoziemca o przyznanie prawa wykonywania zawodu wyłącznie w celu określonym w art. 7 ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, oprócz oceny spełnienia warunków określonych w § 5 ust. 2, powinna ustalić, czy wnioskodawca spełnia warunki, o których mowa w art. 323 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.).”;

5) w § 8:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Okręgowa rada lekarska w uchwale, o której mowa w ust. 1, oznacza przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty jednolitym numerem, który otrzymuje z Centralnego Rejestru.”;

b) w ust. 4 wyrazy „Dz. U. z 2016 r. poz. 372, 1 265 i 2020” zastępuje się wyrazami:

„Dz. U. z 2021 r. poz. 1133 z późn. zm.”;

6) w § 9 wyraz „którym” zastępuje się wyrazem „którego”;

7) w § 15 po wyrazie „lekarskich” dodaje się wyrazy: „na podstawie zarządzenia prezesa okręgowej rady lekarskiej”;

8) w § 17 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Lekarz, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po upływie 5 lat od uzyskania dyplomu lekarza lub od uzyskania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego i niepodjęcia wykonywania zawodu, przed przyznaniem prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, jest zobowiązany do odbycia przeszkolenia teoretycznego. Okręgowa rada lekarska, w drodze uchwały, ustala tryb, program, miejsce i okres przeszkolenia, biorąc pod uwagę długość okresu, który upłynął od uzyskania dyplomu.”;

9) § 20 otrzymuje brzmienie:

„20.1. Dokumenty oraz informacje, o których mowa w art. 49 ust. 6 ustawy o izbach lekarskich, wchodzące w skład akt osobowych muszą być wydane przez uprawnione, na podstawie odrębnych przepisów, podmioty i organy lub przekazane okręgowej radzie lekarskiej przez członka okręgowej izby w formie oświadczenia. 2. Okręgowa rada lekarska umieszcza w okręgowym rejestrze dane, o których mowa w art. 49 ust. 5 ustawy o izbach lekarskich, lub dokonuje zmian tych danych, na podstawie:

1) dokumentów lub kopii dokumentów wydawanych na podstawie obowiązujących przepisów, w tym obowiązujących przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich - w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 1-10, 15-21, 25-27, 29, 32, 33, 35, 40 i 41 ustawy o izbach lekarskich;

2) pisemnych oświadczeń lekarza lub oświadczeń przekazanych drogą elektroniczną – w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 30, 31, 34, 36 i 37 ustawy o izbach lekarskich;

2a) dokumentów lub elektronicznych informacji przekazanych przez Centrum Egzaminów Medycznych lub Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych – w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 19, 23, 26 ustawy o izbach lekarskich;

3) dokumentów lub informacji pisemnych uzyskanych przez okręgową radę lekarską w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 11-14, 28, 39, 42, 43 i 45 ustawy o izbach lekarskich;

4) odpisu skróconego aktu zgonu lub elektronicznej informacji z systemu PESEL przekazanego przez Centralny Rejestr Lekarzy uzyskanych przez okręgową radę lekarską – w przypadku danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 44 i 44a ustawy o izbach lekarskich,

5) informacji przekazanych przez lekarza w formie dokumentu, oświadczenia lub elektronicznej informacji o zmianie danych określonych w art. 49 ust. 5 pkt 2, 10, 16, 26-31 i 34-37 ustawy o izbach lekarskich, w terminie 30 dni od ich zmiany,

3. Dane określone w art. 49 ust. 5 pkt 22 ustawy o izbach lekarskich okręgowa rada lekarska umieszcza w okręgowym rejestrze na podstawie:

1) dokumentu wydanego przez podmiot uprawniony do ich wydania na podstawie zarządzeń i rozporządzeń właściwych ministrów, o których mowa w ust. 7, lub elektronicznej informacji przekazanej przez Centrum Egzaminów Medycznych Naczelnej Radzie Lekarskiej dotyczącej uzyskania dyplomu, o którym mowa w art. 16 w ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry;

2) dokumentu potwierdzającego formalne kwalifikacje w zakresie specjalności lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej, lekarza będącego obywatelem UE, wydanego przez właściwe władze innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE, o którym mowa w art. 16a ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, wymienionego w obwieszczeniu ministra właściwego do spraw zdrowia zawierający wykaz dokumentów potwierdzających formalne kwalifikacje w zakresie specjalizacji lekarza i lekarza dentystry, o którym mowa w ust. 3 tego artykułu;

3) decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu tytułu specjalisty za równoważny z tytułem specjalisty w Rzeczypospolitej Polskiej, o której mowa w art. 16n ust. 9 i 14 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry,

4. Dane określone w art. 49 ust. 5 pkt 23 wymienionej ustawy na podstawie informacji przekazanej przez właściwe towarzystwo naukowe lub instytut badawczy o wydaniu lekarzowi, lekarzowi dentyście certyfikatu umiejętności zawodowych w określonym zakresie, o którym mowa w art. 17 ust. 24 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry;

5. Dane określone w art. 49 ust. 5 pkt 24-25 wymienionej ustawy na podstawie:

a) kopii lub odpisu dyplomu doktorskiego lub dyplomu habilitacyjnego;

b) kopii lub odpisu postanowienia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie nadania tytułu profesora – na podstawie art. 178 i 179 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym Dz. U. z 2021 r., poz. 478 z późn. zm.);

c) kopii dokumentu o nadaniu stopnia naukowego za granicą oraz zaświadczenia wydanego po przeprowadzeniu postępowania nostryfikacyjnego, o którym mowa w § 9 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie nostryfikacji stopni naukowych i stopni w zakresie sztuk nadanych za granicą (Dz.U. z 2018 r., poz. 1877)

6. Zmiany danych w okręgowym rejestrze dotyczących ograniczenia w wykonywaniu zawodu, o którym mowa w § 13 ust. 1, zawieszenia w wykonywaniu zawodu, o którym mowa w § 14 pkt 1-3, oraz skreślenia, o którym mowa w § 15, dokonuje prezes okręgowej rady lekarskiej, w drodze zarządzenia, na podstawie przepisów uchwały lub art. 7 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich.

7. Wykaz aktów prawnych, na podstawie których lekarz uzyskiwał specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w okresie od 1951 r. do 2020 r. oraz wykaz czteroznakowych kodów specjalności uzyskiwanych na podstawie tych aktów prawnych, stanowi załącznik nr 4 do uchwały;

10) § 22 otrzymuje brzmienie:

„§ 22. Okręgowa rada lekarska prowadzi zbiór akt osobowych lekarza oraz archiwum akt osobowych zgodnie z przepisami art. 49 ust. 8-11 ustawy o izbach lekarskich oraz przechowuje je zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2020 r., poz. 164 z późn. zm.);

11) w § 25 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Do prowadzenia okręgowego rejestru i Centralnego Rejestru stosuje się przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) oraz przepisy ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 670 z późn. zm.);

12) w § 29 ust. 2 pkt 9 wyrazy: „zakładami opieki zdrowotnej” zastępuje się wyrazami: „podmiotami leczniczymi”;

13) w § 30 w ust. 2 po pkt 5 dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) nadzorowanie prowadzenia rejestru lekarzy z UE tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej”;

14) w załączniku nr 4 do uchwały po pkt 75 dodaje się pkt 76 w brzmieniu:

„76) rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 marca 2020 r. w sprawie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentyistów będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych, dla których

podmiotem tworzącym i nadzorującym jest Minister Obrony Narodowej (Dz. U. z 2020 r. poz. 701).”;

W Regulaminie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów, prowadzenia okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów i Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentyistów Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącym załącznik nr 1 do uchwały: 15) w § 1:

a) w pkt 1 wyrazy „(Dz. U. z 2015 r. poz. 464 z późn. zm.)” zastępuje się wyrazami „(Dz. U. z 2021 r. poz. 790)”,

b) w pkt 5 po wyrazie „dentyisty” dodaje się wyrazy: „na czas określony i nieokreślony”;

c) po pkt 5b dodaje się pkt 5c w brzmieniu:

„5c) przyznawanie lekarzowi cudzoziemcowi lub lekarzowi dentyście cudzoziemcowi prawa wykonywania zawodu w celu odbycia kształcenia podyplomowego, uzyskania stopnia naukowego lub uczestniczenia w badaniach naukowych, wpisywania go na listę członków okręgowej izby lekarskiej oraz dokonywania wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów”;

d) w pkt 19 po wyrazach „rejestru lekarzy” i „lekarzy dentyistów” dodaje się wyrazy: „z UE”;

e) w pkt 21 wyrazy: „art. 7c ust. 1, 2 i 2a” zastępuje się wyrazami: „art. 7d”;

16) w § 2:

a) w pkt 10 po wyrazie „medyczne” dodaje się wyrazy: „spełniające minimalne wymagania kształcenia określone w przepisach Unii Europejskiej”;

b) pkt 11 otrzymuje brzmienie:

„11) „lekarz z UE” – lekarza lub lekarza dentyistę, będącego obywatelem państwa członkowskiego UE, w tym także w rozumieniu art. 3 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty lekarza niebędącego obywatelem państwa członkowskiego UE, posiadającego formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentyisty, uzyskane w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE”;

c) pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) „lekarz cudzoziemiec” – lekarza lub lekarza dentyistę, nie będącego obywatelem państwa członkowskiego UE”;

d) po pkt 21d dodaje się pkt 21e w brzmieniu:

„21e) EKSP” – „Elektroniczna Karta stażu podyplomowego lekarza” albo „Elektroniczna Karta stażu podyplomowego lekarza dentyisty”, o której mowa w art. 15 ust. 5 pkt 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty”;

e) w pkt 24 po wyrazie „umiejętności” dodaje się wyrazy: „o którym mowa w art. 5f ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty”;

f) po pkt 26b dodaje się pkt 26c w brzmieniu:

„26c) „prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia kształcenia podyplomowego” – prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia kształcenia podyplomowego, uzyskania stopnia naukowego, uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych na czas niezbędny do odbycia tego kształcenia przez lekarza cudzoziemca, o którym mowa w art. 7 ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty”;

g) pkt 29 otrzymuje brzmienie:

„29) dokument ograniczone PWZ” - dokumenty:

a) „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa”, o którym mowa w art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, wydawane zgodnie z wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1998 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa, Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza, Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa (Dz. U. z 1998r. Nr 87. poz. 555),

– przez okręgowe rady do dnia 11 listopada 2003 r;

b) „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa/dentysty” (zmiana tytułu zawodowego od dnia 1 maja 2004r.), o którym mowa w art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, wydawane zgodnie z wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa, Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza, Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa (Dz. U. 2003, nr 182 poz. 1785),

– przez okręgowe rady do dnia 31 grudnia 2016 r.

h) pkt 30 otrzymuje brzmienie:

„30) „dokument PWZ” - dokumenty:

a) „Prawo wykonywania zawodu lekarza” i „Prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa” o którym mowa w art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, wydawane zgodnie z wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1998 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa, Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza, Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa (Dz. U. z 1998 r. Nr 87. poz. 555),

– przez okręgowe rady do dnia 11 listopada 2003 r.,

b) „Prawo wykonywania zawodu lekarza” i „Prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa/dentysty” (zmiana tytułu zawodowego od dnia 1 maja 2004r.), o którym mowa w art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza oraz w art. 6 ust. 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wydawane zgodnie z wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa, Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza, Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa (Dz. U. 2003, nr 182 poz. 1785),

– przez okręgowe rady do dnia 1 stycznia 2017r.;

c) „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”, o których mowa w art. 6 ust. 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wydawane zgodnie ze wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie wzorów dokumentów:

Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa, Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza, Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa (Dz. U. 2003, nr 182 poz. 1785), a następnie zgodnie z wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2019 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r., poz. 2480) – przez okręgowe rady do dnia 31 grudnia 2021 r”;

i) pkt 33 otrzymuje brzmienie:

„33) „izba” - okręgową izbę lekarską lub Wojskową Izbę Lekarską”;

j) w pkt 40 w ppkt b i c wyrazy „Prawa wykonywania Zawodu” zastępuje się wyrazami „dokumentu PWZ”;

k) w pkt 58 po wyrazie „pkt” dodaje się wyraz: „19”, 17) w § 6 ust. 3 po wyrazie „przysięgłego” dodaje się wyrazy: „prowadzącego działalność w innym państwie członkowskim UE”;

18) w § 7 w ust. 3 po wyrazie „lekarza” dodaje się wyrazy: „i dokumentacji medycznej prowadzonej w systemie informatycznym.”;

19) w § 8 ust. 2 pkt 3:

a) ppkt b otrzymuje brzmienie:

„b) 11 - oznaczający lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane na podstawie art. 5 ust. 1-6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”;

b) ppkt c otrzymuje brzmienie:

„c) 14 - oznaczający lekarza cudzoziemca posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na czas określony lub nieokreślony.”;

c) ppkt f otrzymuje brzmienie:

„f) 15 - oznaczający lekarza z UE posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane na podstawie art. 5a lub 5 c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”;

d) ppkt k otrzymuje brzmienie:

„k) 22 - oznaczający lekarza dentystę posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane na podstawie art. 5 ust. 1-6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”;

e) ppkt m otrzymuje brzmienie:

„m) 24 - oznaczający lekarza dentystę cudzoziemca posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty na czas określony lub nieokreślony.”;

f) ppkt n otrzymuje brzmienie:

„n) 25 - oznaczający lekarza dentystę z UE posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane na podstawie art. 5b lub 5 c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”;

20) w § 11:

a) w ust. 1 wyrazy „Prawo wykonywania zawodu” zastępuje się wyrazami: „PWZ”;

b) w ust. 1 po pkt 3b dodaje się pkt 3c w brzmieniu:

„3c) dotyczących uchwały okręgowej rady o przyznaniu prawa wykonywania zawodu w celu odbycia kształcenia podyplomowego, obejmujących dane, o których mowa w pkt 1”;

c) w ust. 2 wyrazy: „Prawo wykonywania zawodu” zastępuje się wyrazami: „PWZ”;

d) w ust. 3 wyrazy: „Prawo wykonywania zawodu” zastępuje się wyrazami: „PWZ oraz okręgowym rejestrze.”;

e) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Przyjęcie przez komisję oświadczenia, o którym mowa w ust. 7, jest podstawą do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, a następnie, w oparciu o posiadane dokumenty i dane w okręgowym rejestrze, podjęcia przez okręgową radę odpowiedniej uchwały i wydania dokumentu PWZ, z widoczną adnotacją „duplikat.”;

f) w ust. 10 wyrazy: „Prawa wykonywania zawodu” zastępuje się wyrazami: „dokumentu PWZ”;

g) po ust. 10 dodaje się ust. 11, 12 i 13 w brzmieniu:

„11. W przypadku zniszczenia dokumentu PWZ z przyczyny leżącej po stronie okręgowej izby wydaje się nowy dokument z kolejnym numerem seryjnym.

12. W przypadku zatarcia ukarania lekarz może wystąpić do okręgowej rady z wnioskiem o wydanie nowego dokumentu PWZ z nowym kolejnym numerem seryjnym.

13. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 12 stanowi załącznik Nr 7a do Regulaminu.”;

21) w § 12:

a) w ust. 1 po wyrazie „absolwenta” skreśla się wyrazy „za wyjątkiem lekarza cudzoziemca absolwenta i lekarza dentysty cudzoziemca absolwenta”

b) w ust. 4 skreśla się pkt 1,

c) w ust. 4 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) zaświadczenie o złożeniu z wynikiem pozytywnym egzaminu z języka polskiego o którym mowa w art. 7a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – w przypadku lekarza, który ukończył studia w innym języku niż język polski albo inny dokument potwierdzający znajomość języka polskiego, wymieniony w wykazie obwieszczonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – w przypadku lekarza posiadającego obywatelstwo polskie albo obywatelstwo innego państwa członkowskiego UE, który ukończył studia w innym języku niż język polski.”;

d) w ust. 4 po pkt 5 dodaje się pkt 6, 7 i 8 w brzmieniu: „6) dokument potwierdzający posiadanie statusu określonego w art. 3 ust 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – w przypadku lekarza należącego do jednej z kategorii wskazanych w tym przepisie;

7) dokument uprawniający do pobytu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej w przypadku lekarza cudzoziemca;

8) dwie aktualne fotografie odzwierciedlające wizerunek twarzy lekarza zgodne z zasadami określonymi w art. 29 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych (Dz. U. z 2021 r. poz. 816 z późn. zm.) oraz dodatkowo plik jpg. tej fotografii.”;

e) w ust. 6 w pkt 3 po wyrazie „lekarskich” dodaje się wyrazy „oraz zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą danych osobowych, która stanowi załącznik do wniosku.”;

f) po ust. 8 dodaje się ust. 8a w brzmieniu:

„8a) Lekarz, który wykonywał zawód poza obszarem Rzeczypospolitej Polskiej składa dodatkowo decyzję wydaną przez Ministra Zdrowia o uznaniu stażu lub wykonywania zawodu odbytego za granicą za równoważny w części ze stażem podyplomowym obowiązującym

w Rzeczypospolitej Polskiej, w przypadku jej uzyskania.”
g) ust. 10 otrzymuje brzmienie:
„10. W przypadku stwierdzenia niepodjęcia przez lekarza wykonywania zawodu po ukończeniu polskiej szkoły wyższej lub po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego przez okres dłuższy niż 5 lat, przeprowadza się postępowanie określone w § 32.”;
h) ust. 12 otrzymuje brzmienie:
„12. Wniosek W-1 jest podstawą do podjęcia przez okręgową radę uchwały o przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego na czas odbycia tego stażu odpowiednio na podstawie art. 5 ust. 7 lub art. 7 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wpisaniu na listę członków izby i dokonaniu wpisu do okręgowego rejestru.”;
i) w ust. 14 pkt 2 i 3 otrzymują brzmienie:
„2) wydania dokumentu PWZ z wpisem urzędowym;
3) dokonania do okręgowego rejestru wpisu urzędowego określonego tą uchwałą.”;
22) w § 13:
a) w ust. 4 skreśla się pkt 1 i 6,
b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:
„5. Wniosek W-1A jest podstawą do podjęcia przez okręgową radę uchwały o przyznaniu prawa wykonywania lekarza w celu odbycia stażu adaptacyjnego albo przystąpienia do testu umiejętności na czas określony niezbędny do odbycia tego stażu albo przystąpienia do tego testu na podstawie art. 5f ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wpisania na listę członków okręgowej izby i dokonania wpisu do okręgowego rejestru.”
c) po ust. 5 dodaje się ust. 5a i 6 w brzmieniu:
„5a. Uchwała okręgowej rady, o której mowa w ust. 5 jest podstawą do wydania dokumentu PWZ z odpowiednim wpisem urzędowym.”;
6. Do postępowania stosuje się odpowiednio przepisy § 12 ust. 6-9, 11 i 13-15.”;
23) w § 14:
a) w ust. 2 pkt 1 i 2 otrzymuje brzmienie:
„1) dokument ograniczone PWZ” (wydane do dnia 31 grudnia 2016 r.), dokument PWZ lub zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza stomatologa pod kierunkiem lekarza stomatologa uprawnionego do samodzielnego wykonywania zawodu – z wyjątkiem lekarza dentysty, o którym mowa w ust. 1 pkt 4;
2) kartę stażu podyplomowego lekarza lub zaświadczenia o odbyciu i zaliczeniu stażu podyplomowego o którym mowa w art. 15 fust. 3-5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (stosuje się od 1 stycznia 2022 r.) lub zaświadczenie o odbyciu praktyki przygotowawczej lekarsko-dentystycznej albo decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu stażu podyplomowego odbytego za granicą za równoważny w całości ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej – z wyjątkiem lekarza dentysty, o którym mowa w ust. 1 pkt 4.”;
b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:
„4. W postępowaniu stosuje się odpowiednio przepisy § 12 ust. 4 pkt 1-5, 6, 8, 9, 11 i 15.”;
c) w ust. 6 po wyrazie „lekarza” dodaje się wyrazy „na podstawie art. 5 ust. 1-6 lub art. 5c ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty”;

d) w ust. 7 w pkt 4 skreśla się wyrazy „w Prawie wykonywania zawodu”,
e) w ust. 7 po pkt 4 dodaje się pkt 5 w brzmieniu:
„5) wydanie dokumentu PWZ z odpowiednim wpisem urzędowym.”;
24) w § 15:
a) w ust. 2 po wyrazie „o” dodaje się wyraz „którym”,
b) ust. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) dokument potwierdzający znajomość języka polskiego wymieniony w obwieszczeniu Ministra Zdrowia, o którym mowa w art. 6 ust. 2 b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”;
c) ust. 10 otrzymuje brzmienie:
„10. Wniosek W-2A jest podstawą do podjęcia przez okręgową radę uchwały o uznaniu formalnych kwalifikacji lekarza i przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza na podstawie art. 5a lub art. 5b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wpisaniu na listę członków izby oraz o dokonaniu wpisu do okręgowego rejestru i wydaniu „Prawa wykonywania zawodu”.
d) w ust. 11 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2) wydania dokumentu PWZ.”;
e) po ust. 11 dodaje się ust. 12 w brzmieniu:
„12. W postępowaniu stosuje się odpowiednio przepisy § 12.”;
25) w § 16:
a) w ust. 6 po wyrazie „lekarskiej” dodaje się wyrazy „lub uchwałą nr 30/10/IV Naczelnej Rady Lekarskiej”,
b) w ust. 7 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) wydania dokumentu PWZ z wpisem urzędowym.”;
26) w § 17:
a) ust. 1, 2 i 3 otrzymują brzmienie:
„1. Postępowanie w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza lekarzowi cudzoziemcowi – członkowi izby, który na mocy postanowienia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej lub decyzji właściwego wojewody uzyskał obywatelstwo polskie, przeprowadza się zgodnie z art. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
2. W celu przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarz, o którym mowa w ust. 1, powinien zgłosić się do izby, której jest członkiem i złożyć „Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty zgodnie z posiadanym obywatelstwem oznaczony odpowiednio symbolem W-4, wraz z następującymi dokumentami:
1) postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o nadaniu obywatelstwa polskiego lub decyzją właściwego wojewody o przyznaniu obywatelstwa polskiego;
2) dowodem osobistym (do wglądu);
3) dokumentem PWZ.
b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:
„3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, stanowi załącznik Nr 14 do regulaminu.”
c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:
„6. Uchwała okręgowej rady, o której mowa w ust. 5, jest podstawą do:
1) wpisania do okręgowego rejestru informacji o uzyskaniu obywatelstwa polskiego oraz uchwały o ponownym przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza;
2) dokonania w poprzednim „Wniosku” lekarza wpisu

treści uchwały i wpisu uzupełniającego o uzyskanym obywatelstwie polskim;
3) wydania nowego dokumentu PWZ z wpisem o którym mowa w pkt 2;
4) dokonania wpisu urzędowego do okręgowego rejestru o zmianie numeru rejestracyjnego.”;
27) w § 18:
a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. Postępowanie w sprawie wpisania do okręgowego rejestru i wydania dokumentu PWZ dotyczy lekarza posiadającego Stare prawo, który stał się członkiem izby z mocy ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, zobowiązanego do uzyskania dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu na podstawie art. 63 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który nie spełnił wymogu określonego w tym przepisie ustawy.”;
b) w ust. 2 wyrazy „Prawa wykonywania zawodu” zastępuje się wyrazami „dokumentu PWZ”
c) w ust. 7 po wyrazie „wydaniu” wyrazy „Prawa wykonywania zawodu” zastępuje się wyrazami „dokumentu PWZ” oraz dodaje się wyrazy „na podstawie art. 6 ust. 5 w związku z art. 4 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich.”;
d) w ust. 10 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) wydania dokumentu PWZ”
e) ust. 11 otrzymuje brzmienie:
„11. W przypadku podjęcia przez okręgową radę uchwały, o której mowa w ust. 7, w stosunku do lekarza cudzoziemca należy dokonać wpisów urzędowych w okręgowym rejestrze, o których mowa odpowiednio w § 25 ust. 5 albo § 26 ust. 6.”;
f) po ust. 11 dodaje się ust. 12 w brzmieniu:
„12. W postępowaniu stosuje się odpowiednio przepisy § 12.”;
28) w § 19:
a) w ust. 5 po wyrazie „i” dodaje się wyraz „12.”,
b) ust. 6 otrzymuje brzmienie:
„6. Wniosek W-6 jest podstawą do podjęcia przez okręgową radę uchwały o wpisaniu na listę członków izby, dokonaniu wpisu do okręgowego rejestru oraz wydania dokumentu PWZ na podstawie art. 6 ust. 5 ustawy o izbach lekarskich.”;
29) w § 20:
a) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:
„1) dokumentem PWZ.”;
b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:
„3. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego, składa wniosek W-3 wraz z następującymi dokumentami:
1) dokumentem PWZ;
2) Kartą stażu podyplomowego lekarza lub dokumentem EKSP;
3) wnioskiem o skierowanie na staż podyplomowy do uprawnionego podmiotu celem dalszej realizacji programu stażu podyplomowego na obszarze izby.”;
c) ust. 8 otrzymuje brzmienie:
„8. Wniosek W-3 jest podstawą do podjęcia przez okręgową radę uchwały o przyjęciu do izby, wpisaniu na listę członków izby i dokonaniu wpisu do okręgowego rejestru na podstawie art. 6 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich. O przyjęciu wnioskodawcy do izby niezwłocznie powiadamia się izbę, z której następuje przeniesienie, podając

numer i datę uchwały.”;

30) w § 21:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, jest zobowiązany złożyć izbie, której jest członkiem, odpowiednie oświadczenie wraz z dokumentem PWZ.”;

b) w ust. 4 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) wpisania informacji do okręgowego rejestru oraz dokonania we „Wniosku” oraz w dokumencie PWZ wpisu urzędowego o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony.”;

31) w § 22:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, jest zobowiązany złożyć izbie, której jest członkiem, odpowiednie oświadczenie wraz z dokumentem PWZ.”;

b) w ust. 4 po wyrazie „4” dodaje się wyrazy „i 8”.

c) w ust. 5 pkt 2 i 3 otrzymuje brzmienie:

„2) wpisania do okręgowego rejestru informacji oraz dokonania w dokumencie PWZ i we „Wniosku” wpisu urzędowego o podjęciu wykonywania zawodu;

3) wydania lekarzowi, który miał zawieszone prawo wykonywania zawodu lekarza dokumentu PWZ z wpisem urzędowym.”;

d) po ust. 5 dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. W postępowaniu stosuje się odpowiednio przepis § 12.”;

32) w § 23:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Postępowanie w przypadku zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu lub prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego, dotyczy lekarza, posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza, który zamierza na stałe zaprzestać wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.”;

b) w ust. 8 po wyrazie „lekarza” dodaje się wyrazy „-dokument PWZ” i po wyrazie „zawodu” dodaje się wyraz „lekarza”;

33) w § 24:

a) w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) upływu czasu, na jaki zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza.”;

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W przypadku lekarza, który posiada prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2 postępowanie podejmuje się również przed upływem terminu, na który zostało przyznane prawo wykonywania zawodu,

po otrzymaniu:

1) karty stażu podyplomowego lekarza z adnotacją o zaliczeniu stażu albo informacji uzyskanej na podstawie EKSP za pomocą SMK o odbyciu i ukończeniu stażu podyplomowego (stosuje się od 1 stycznia 2022 r.);

2) kopii dokumentu potwierdzającego zakończenie stażu adaptacyjnego albo złożenie testu umiejętności lub informacji o ukończeniu stażu adaptacyjnego albo złożeniu testu umiejętności;

3) informacji o ukończeniu kształcenia podyplomowego, uzyskania stopnia naukowego, zakończenia badań naukowych lub uczestnictwa w pracach rozwojowych; – jeżeli lekarz nie złoży wniosku o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza w terminie 30 dni od dnia uzyskania tej informacji lub tego dokumentu.”;

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

„2a) dołączenia do akt osobowych dokumentu PWZ.”;

34) uchyla się § 25;

35) w § 26:

a) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

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

b) w ust. 5 wyrazy „§ 14 ust. 6” i zastępuje wyrazami „ust. 4a”;

c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Podjęcie uchwały, o której mowa w ust. 5, jest podstawą do wpisania we „Wniosku” i do okręgowego rejestru wpisu urzędowego dotyczącego ograniczeń określonych uchwałą oraz wydania dokumentu PWZ wraz z wpisem urzędowym.”;

36) w § 27:

a) w ust. 4 po wyrazie „przepisy” dodaje się wyrazy „§ 12 ust. 15”;

b) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Wniosek W-2C jest podstawą do podjęcia przez okręgową radę uchwały o przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry cudzoziemcowi odpowiednio w celu dalszego odbywania studiów w określonej formie lub w celu uzyskania stopnia naukowego albo uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych na podstawie art. 7 ust. 1 a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ponownego wpisania na listę członków i dokonania wpisu do okręgowego rejestru.”;

c) ust. 5 i 6 otrzymują brzmienie:

„5. Uchwała okręgowej rady, o której mowa w ust. 4a, w przypadku przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza powinna określać termin jego ważności na czas kształcenia podyplomowego, na czas trwania studiów, prowadzenia badań naukowych i prac rozwojowych oraz miejsca ich odbywania.”;

6. Podjęcie uchwały, o której mowa w ust. 5, jest podstawą do dokonania we „Wniosku” oraz w okręgowym rejestrze wpisu urzędowego dotyczącego ograniczeń określonych tą uchwałą oraz wydania dokumentu PWZ z wpisem urzędowym.”;

d) po ust. 6 dodaje się ust. 7 i 8 w brzmieniu:

„7. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, zamierzający kontynuować szkolenie podyplomowe lub określonego rodzaju studia lub prace rozwojowe w celu ponownego przyznania mu prawa wykonywania zawodu lekarza składa w miejscu i terminie, o których mowa w ust. 2, odpowiednio:

1) zezwolenie ministra właściwego do spraw zdrowia, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, na dalsze odbywanie specjalizacji, jeżeli upłynął termin na jaki zostało udzielone uprzednie zezwolenie;

2) dokument potwierdzający zgodę uprawnionego podmiotu na dalsze odbywanie studiów szkolenia innego niż specjalizacja, dalsze uczestnictwo w badaniach naukowych lub w pracach rozwojowych;

3) inne dokumenty, o których mowa w ust. 2 oraz w § 12 ust. 4 pkt 3.

8. W postępowaniu stosuje się odpowiednio przepisy ust. 2-6.”;

37) w § 28:

a) w ust. 1 skreśla się wyrażenie „lub 27 ust. 1”.

b) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) dokument PWZ”;

c) uchyla się ust. 3.

d) w ust. 4 wyrazy „§ 27” zastępuje się wyrazami „§ 26”.

38) w § 30:

a) w ust. 10 wyrazy „Prawie wykonywania zawodu” zastępuje się wyrazami „dokumencie PWZ”;

b) w ust. 11 po wyrazie „przystąpi” dodaje się wyraz „on”;

c) po ust. 11 dodaje się ust. 12 i 13 w brzmieniu:

„12. Uchwała rady, o której mowa w ust. 6 zobowiązuje lekarza do złożenia do okręgowej rady dokumentu PWZ do czasu podjęcia przeszkolenia.

13. W przypadku lekarza, o którym mowa w art. 10 ust. 3a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry stosuje się postępowanie określone w § 17 ust. 8-10 uchwały.”;

39) w § 32:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Postępowanie dotyczy lekarza absolwenta lub lekarza dentystry absolwenta, który nie podjął wykonywania zawodu po ukończeniu polskiej szkoły wyższej albo lekarza, który nie podjął wykonywania zawodu po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego, przez okres dłuższy niż 5 lat.”;

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. W postępowaniu stosuje się odpowiednio przepisy § 12 ust. 8 – 14 i 16 lub § 25 ust. 3 - 5.”;

40) w § 32a wyrazy „30-32” zastępuje się wyrazami „30-31”;

41) po § 32a dodaje się § 32b w brzmieniu:

„§ 32b.

1. Lekarz obowiązany jest do zawiadomienia izby, której jest członkiem, zgodnie z art. 49 ust. 7 ustawy o izbach lekarskich o zmianie adresu miejsca zamieszkania, numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej oraz adresu do korespondencji.

2. Wzór zawiadomienia składanego w formie pisemnej lub w formie informacji elektronicznej stanowi załącznik nr 36 do Regulaminu.”;

42) § 33 otrzymuje brzmienie:

„§ 33.1. Postępowanie dotyczy lekarza – członka izby:

1) którego sąd lekarski prawomocnym orzeczeniem

ukarał zawieszeniem prawa wykonywania zawodu albo ograniczeniem zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza lub zakazem pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia;

2) wobec którego sąd lekarski wydał postanowienie o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo o ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza;

3) wobec którego sąd prawomocnie orzekł o zastosowaniu środka karnego albo środka zabezpieczającego w postaci zakazu wykonywania zawodu;

4) wobec którego sąd albo prokurator wydał postanowienie o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu;

5) którego okręgowa rada ostateczną uchwałą albo uchwałą, której nadano rygor natychmiastowej wykonaności, zawiesiła w prawie wykonywania zawodu lekarza lub ograniczyła w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie art. 11 ust. 4 albo art. 12 ust. 3 lub 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści;

6) wobec którego sąd prawomocnie orzekł o zastosowaniu środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu w formie określonej działalności lub zajmowania określonych stanowisk.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, prezes okręgowej rady, bezzwłocznie po otrzymaniu prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego, wydaje zarządzenie, w którym:

1) zarządza wpisanie do okręgowego rejestru wzmianki o ukaraniu, ze wskazaniem rodzaju i okresu wymierzonej kary;

2) wskazuje termin rozpoczęcia i zakończenia kary, uwzględniając art. 87 ust. 2-4 ustawy o izbach lekarskich;

3) zarządza przekazanie informacji o ukaraniu lekarza do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, a także odpowiednio do właściwego wojewody, właściwej okręgowej rady prowadzącej rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą zwany dalej: "RPWDL", właściwego podmiotu w którym lekarz wykonuje zawód;

4) zarządza przekazanie zarządzenia okręgowej komisji wyborczej;

5) zobowiązuje lekarza do przedłożenia okręgowej radzie dokumentu PWZ, celem złożenia go w izbie na okres trwania zawieszenia lub celem dokonania odpowiedniego wpisu urzędowego w przypadku ograniczenia zakresu czynności zawodowych lub zakazu pełnienia funkcji kierowniczych;

6) zarządza przekazanie informacji o upływie okresu obowiązywania kary – w dniu następującym po dniu zakończenia obowiązywania kary do podmiotów określonych w pkt 3;

7) zarządza wydanie dokumentu PWZ lub dokonanie w nim wpisu urzędowego w dniu następującym po dniu zakończenia obowiązywania kary.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, prezes okręgowej rady, bezzwłocznie po otrzymaniu postanowienia sądu lekarskiego, wydaje zarządzenie, w którym:

1) zarządza wpisanie do okręgowego rejestru wzmianki o tymczasowym zawieszeniu lub ograniczeniu;

2) wskazuje dzień, od którego stosuje się zawieszenie lub ograniczenie, uwzględniając art. 77 ust. 2 i 6 ustawy o izbach lekarskich;

3) zarządza przekazanie informacji o zawieszeniu albo ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, a także odpowiednio do właściwego wojewody, właściwej okręgowej rady prowadzącej rejestr "RPWDL", właściwego podmiotu w którym lekarz wykonuje zawód,

4) zarządza przekazanie zarządzenia okręgowej komisji wyborczej

5) zobowiązuje lekarza do przedłożenia okręgowej radzie dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu, celem złożenia go w izbie na okres trwania zawieszenia lub dokonania odpowiedniego wpisu urzędowego w przypadku lekarza, któremu sąd ograniczył wykonywanie czynności zawodowych.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, prezes okręgowej rady, bezzwłocznie po otrzymaniu prawomocnego orzeczenia sądu, wydaje zarządzenie, w którym:

1) zarządza wpisanie do okręgowego rejestru wzmianki o orzeczeniu środka karnego lub zabezpieczającego oraz w przypadku środka karnego – okresu na jaki został on orzeczony;

2) wskazuje termin rozpoczęcia wykonywania danego środka oraz w przypadku środka karnego – termin zakończenia jego wykonywania, uwzględniając zawiadomienie sądu przekazane zgodnie z art. 184 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy albo w razie braku takiej informacji uwzględniając datę uprawnomocnienia się orzeczenia sądu o zastosowaniu danego środka karnego lub zabezpieczającego;

3) zarządza przekazanie informacji o ukaraniu lekarza do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, a także odpowiednio do właściwego wojewody, właściwej okręgowej rady prowadzącej rejestr "RPWDL", właściwego podmiotu w którym lekarz wykonuje zawód;

4) zarządza przekazanie zarządzenia okręgowej komisji wyborczej;

5) zobowiązuje lekarza do przedłożenia okręgowej radzie dokumentu PWZ uprawniającego do wykonywania zawodu, celem złożenia go w izbie na okres wykonywania środka;

6) zarządza przekazanie informacji o upływie okresu obowiązywania kary – w dniu następującym po dniu zakończenia obowiązywania kary do podmiotów określonych w pkt 3;

7) zarządza wydanie dokumentu PWZ lub dokonanie w nim wpisu urzędowego – *ustala termin wystąpienia do okręgowej rady o wydanie dokumentu PWZ-A lub PWZ-B w dniu następującym po dniu zakończenia wykonywania środka lub otrzymania informacji o zakończeniu wykonywania środka zabezpieczającego;

5. W przypadku lekarza, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, prezes okręgowej rady, bezzwłocznie po otrzymaniu postanowienia sądu lub prokuratora wydaje zarządzenie, w którym:

1) zarządza wpisanie do okręgowego rejestru wzmianki o orzeczeniu środka zapobiegawczego;

2) wskazuje dzień, od którego wykonuje się środek;

3) zarządza przekazanie informacji o ukaraniu lekarza do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, a także odpowiednio do właściwego wojewody, właściwej okręgowej rady prowadzącej rejestr "RPWDL", właściwego podmiotu w którym lekarz wykonuje zawód;

4) zarządza przekazanie zarządzenia okręgowej komisji wyborczej;

5) zobowiązuje lekarza do przedłożenia okręgowej radzie dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu, celem złożenia go w izbie na okres trwania zawieszenia.

6. W przypadku lekarza, o którym mowa w ust. 1 pkt 6, prezes okręgowej rady, bezzwłocznie po otrzymaniu prawomocnego orzeczenia sądu, wydaje zarządzenie, w którym:

1) zarządza wpisanie do okręgowego rejestru wzmianki o orzeczeniu środka karnego oraz okresu, na jaki środek ten został orzeczony;

2) wskazuje termin rozpoczęcia i zakończenia wykonywania środka, uwzględniając zawiadomienie sądu przekazane zgodnie z art. 184 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy albo w razie braku takiej informacji – uwzględniając datę uprawnomocnienia się orzeczenia sądu o zastosowaniu danego środka karnego;

3) zarządza przekazanie informacji o ukaraniu lekarza do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, a także odpowiednio do właściwego wojewody, właściwej okręgowej rady prowadzącej rejestr "RPWDL", właściwego podmiotu w którym lekarz wykonuje zawód;

4) zarządza przekazanie zarządzenia okręgowej komisji wyborczej;

5) zobowiązuje lekarza do przedłożenia okręgowej radzie dokumentu PWZ, celem dokonania odpowiedniego wpisu urzędowego.

7. W przypadku, o którym mowa w ust. 2-6 prezes okręgowej rady lekarskiej wydaje jednocześnie bezzwłocznie zarządzenie w sprawie zamieszczenia wzmianki o ukaraniu lekarza, za pośrednictwem systemu IMI, właściwym organom państw członkowskich UE. Zarządzenie przesyła się ukaranemu lekarzowi.

8. Spis wzorów i wzory zarządzeń prezesa okręgowej rady, o których mowa w ust. 2-6, stanowią załącznik Nr 31 do regulaminu. Wzory odpowiednich wpisów urzędowych określa załącznik Nr 6 do regulaminu.

9. Lekarz, który otrzymał zarządzenie prezesa okręgowej rady, o którym mowa w ust. 2-6, lub uchwałę okręgowej rady, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zobowiązany niezwłocznie złożyć w izbie, której jest członkiem, dokument uprawniający do wykonywania zawodu.

10. Zarządzenie prezesa okręgowej rady, o którym mowa w ust. 2-6, lub uchwała okręgowej rady, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest podstawą do podjęcia przez komisję postępowania:

1) wpisania do okręgowego rejestru odpowiedniej wzmianki o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu

lekarza, zawieszeniu w wykonywaniu zawodu, zakazie wykonywania zawodu lub ograniczeniu w wykonywaniu zawodu, zawierającej następujące dane:

- a) okres, na jaki zostało orzeczone zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza, zakaz wykonywania zawodu lub ograniczenie w wykonywaniu zawodu,
- b) dzień rozpoczęcia i zakończenia zawieszenia w wykonywaniu zawodu, zakazu wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu zawodu albo w przypadku tymczasowego zawieszenia lub ograniczenia w wykonywaniu zawodu lub zastosowania środka zapobiegawczego - dzień, od którego stosuje się dany środek,
- c) podstawa prawna zawieszenia, zakazu lub ograniczenia w wykonywaniu zawodu;
- 2) zmiany numeru rejestracyjnego;
- 3) przekazanie niezwłocznie do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia informacji dotyczącej upływu okresu zawieszenia, ograniczenia lub zakazu i zmiany numeru rejestracyjnego oraz przekazanie zarządzenia prezesa właściwej okręgowej rady prowadzącej rejestr "RPWDL oraz okręgowej komisji wyborczej";
- 4) przekazanie informacji o upływie okresu obowiązywania kary – w dniu następującym po dniu zakończenia obowiązywania kary do podmiotów określonych w pkt 3;
- 5) dokonania niezwłocznie wpisu urzędowego do dokumentu PWZ o ograniczeniu w wykonywaniu zawodu;
- 6) dokonania ponownie urzędowego wpisu do dokumentu PWZ o ustaniu przyczyny ograniczenia w wykonywaniu zawodu – w dniu, o którym mowa w pkt 4;
- 7) dołączenia do akt osobowych lekarza:

- a) zarządzenia prezesa okręgowej rady, o którym mowa w ust. 2-6,
- b) postanowienia sądu lekarskiego,
- c) prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego, sądu lub prokuratora,
- d) ostatecznej uchwały okręgowej rady,
- e) „Prawa wykonywania zawodu” - w przypadku zawieszenia w wykonywaniu zawodu lub zakazu wykonywania zawodu;
- 8) wydanie dokumentu PWZ w dniu następującym po dniu, w którym upłynął okres zawieszenia w wykonywaniu zawodu lub zakazu wykonywania zawodu.
- 9) zamieszczenie informacji o ukaraniu lekarza za pośrednictwem systemu IMI właściwym organom państw członkowskich UE.

11. W przypadku:

- 1) uzyskania informacji z Rejestru Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, z której wynika brak wpisu w tym Rejestrze kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza lub ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu albo zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia;
- 2) otrzymania postanowienia lub orzeczenia sądu lekarskiego o uchyleniu tymczasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza albo ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu;
- 3) przekazania przez lekarza informacji z Krajowego

Rejestru Karnego, z której wynika brak wpisu w tym Rejestrze środka karnego albo środka zabezpieczającego w postaci zakazu wykonywania zawodu;

- 4) otrzymania postanowienia sądu albo prokuratora o uchyleniu środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu;
 - 5) otrzymania informacji z Krajowego Rejestru Karnego, z której wynika brak wpisu w tym Rejestrze środka karnego albo środka zabezpieczającego w postaci zakazu zajmowania określonego stanowiska albo prowadzenia określonej działalności,
- prezes okręgowej rady wydaje niezwłocznie zarządzenie, w którym zarządza:

- a) usunięcie w okręgowym rejestrze odpowiedniej wzmianki,
- b) usunięcie z akt osobowych lekarza i zniszczenie dokumentów dotyczących zawieszenia w wykonywaniu zawodu lub zakazu wykonywania zawodu,
- c) przekazania do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o usunięciu wzmianki o zawieszeniu w wykonywaniu zawodu i zmiany numeru rejestracyjnego – w przypadku lekarza, który miał tymczasowo zawieszone prawo wykonywania zawodu lekarza lub był zawieszony w wykonywaniu zawodu postanowieniem sądu lub prokuratora,
- d) wydanie dokumentu PWZ w przypadku lekarza, który miał tymczasowo zawieszone prawo wykonywania zawodu lekarza lub był zawieszony w wykonywaniu zawodu postanowieniem sądu lub prokuratora,
- e) dokonanie wpisu urzędowego w dokumencie PWZ o ustaniu przyczyny ograniczenia w wykonywaniu zawodu – w przypadku lekarza, który miał tymczasowo ograniczony zakres czynności w wykonywaniu zawodu,
- f) przekazanie informacji właściwym organom państw członkowskich UE za pośrednictwem systemu IMI o ustaniu przyczyny zawieszenia lub ograniczenia w wykonywaniu zawodu,

12. Podjęcie przez okręgową radę uchwały o uchyleniu zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza lub ograniczenia w wykonywaniu zawodu jest podstawą do:

- 1) usunięcia w okręgowym rejestrze wzmianki o zawieszeniu lub ograniczeniu w wykonywaniu zawodu; dokumenty dotyczące zawieszenia w prawie wykonywania zawodu lekarza lub ograniczenia w wykonywaniu zawodu pozostawia się w aktach osobowych lekarza;
- 2) przekazania do Centralnego Rejestru, właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o usunięciu wzmianki o zawieszeniu lub ograniczeniu w wykonywaniu zawodu i zmiany numeru rejestracyjnego;
- 3) przekazanie uchwały okręgowej komisji wyborczej;
- 4) wydania dokumentu PWZ w przypadku lekarza, który miał zawieszone prawo wykonywania zawodu lekarza;
- 5) dokonania wpisu urzędowego w „Prawie wykonywania zawodu” o ustaniu przyczyny ograniczenia w wykonywaniu zawodu – w przypadku lekarza, który był ograniczony w zakresie wykonywania czynności medycznych;
- 6) przekazania informacji właściwym organom państw członkowskich UE za pośrednictwem systemu IMI

o ustaniu przyczyny zawieszenia lub ograniczenia w wykonywaniu zawodu.

13. Spis wzorów i wzory zarządzeń prezesa okręgowej rady, o których mowa w ust. 11, stanowią załącznik Nr 32 do regulaminu. Wzory odpowiednich wpisów urzędowych określa załącznik Nr 6 do regulaminu.

14. W odniesieniu do lekarza, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu po ustaniu przyczyny zawieszenia w prawie wykonywania zawodu lekarza, stosuje się postępowanie określone w § 22.

43) w § 38:

- a) w ust. 1 wyrazy „ewidencja z innych izb” zastępuje się wyrazami: „Ewidencja lekarzy członków innych izb okręgowych”;
- b) w ust. 1 w pkt 5 po wyrazie „leczniczą” dodaje się wyrazy: „prowadzonego przez okręgową izbę.”

44) załącznik nr 1 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do uchwały;

45) załącznik nr 5 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do uchwały;

46) załącznik nr 6 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do uchwały;

47) załącznik nr 7 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do uchwały;

48) załącznik nr 9 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do uchwały;

49) załącznik nr 19 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do uchwały;

50) załącznik nr 20 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do uchwały;

51) załącznik nr 20a do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do uchwały;

52) załącznik nr 21 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do uchwały;

53) załącznik nr 22 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 10 do uchwały;

54) załącznik nr 23 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 11 do uchwały;

55) załącznik nr 24 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 12 do uchwały;

56) załącznik nr 28 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 13 do uchwały;

57) uchyla się załącznik nr 29 do Regulaminu;

58) załącznik nr 31 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 14 do uchwały;

59) załącznik nr 32 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 15 do uchwały;

60) załącznik nr 33 do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 16 do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z wyjątkiem pkt 9 ust. 2 pkt 2a, pkt 16 lit. d, pkt 29 lit. b pkt 2, które obowiązują od dnia 1 stycznia 2022 r.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

Załączniki do uchwały są dostępne na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

SZKOLENIA

Nastał czas hejterów

Hejt na lekarzy w ostatnim czasie coraz bardziej przybiera na sile. Jego skutków na własnej skórze doświadczył m.in. Tomasz Karauda, lekarz z Łodzi. Jemu i jego rodzinie grożono śmiercią, porównywano ich do nazistów i doktora Mengele. Zrobiło się na tyle niebezpiecznie, że lekarz po złożeniu doniesienia na policję dostał ochronę.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Tomasz Karauda stał się obiektem ataku antyszczepionkowców, którzy ostatnio wzmogli swoją aktywność i posuwają się już nie tylko do gróźb, ale też realnych ataków, jak podpalanie punktów szczepień i niszczenie mienia publicznego.

Grozili m.in. prof. Krzysztofowi Simonowi z Wrocławia, lekarzowi specjalizującemu się w chorobach zakaźnych i często wypowiadającemu się w mediach, a także prof. Andrzejowi Matyi, prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej, którego zaatakowali, kwestionując istnienie pandemii i potrzebę szczepień przeciwko COVID-19.

DAJĄ UPUST AGRESJI

Hejtują nie tylko antyszczepionkowcy, ale też sfrustrowani pacjenci, którzy swoje niezadowolenie, m.in. z powodu źle funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, kierują na medyków. Lista ofiar hejtu wśród lekarzy się wydłuża, a groźby stają się coraz bardziej wymyślne i niebezpieczne. Zdaniem Karoliny Tuchalskiej-Siermińskiej, psychologa i psychoterapeutę prowadzącej firmę consultingową, zjawisko hejtu ma wiele przyczyn. Bierze się głównie z potrzeby rozładowania emocji przez osoby, które mają problemy same ze sobą. To także sposób na odreagowanie frustracji wynikających z nieudanego życia osobistego lub zawodowego.

Hejterami stają się osoby, które słabo odnajdują się w relacjach z innymi ludźmi, nie potrafią się komunikować w sposób bezpośredni, a anonimowość, jaką zapewnia internet, daje



im poczucie bezkarności i zachęca do tego rodzaju zachowań. Jednak hejt to również odpowiedź na to, jak pacjenci generalnie odbierają medyków – nie tylko lekarzy, ale też pielęgniarki czy ratowników medycznych. W tym odbiorze dominują stereotypy, które w trudnych sytuacjach, a taką jest pandemia, utrwalają się. – Te stereotypy dotyczą tych kontaktów z lekarzami, które na długo zapadają w pamięć pacjenta jako nieprzyjemne, krzywdzące lub traumatyczne i są one przenoszone na innych medyków lub całe środowisko

– tłumaczy Karolina Tuchalska-Siermińska i dodaje, że jednym z warunków powodzenia w walce z hejtem jest przełamywanie tych stereotypów. Wiąże się to z edukacją medyków dotyczącą sposobów kontaktowania się z pacjentami w taki sposób, aby zachować zdrowe granice, a jednocześnie być empatycznym i nie zaoğniać powstałych konfliktów. Hejtowi sprzyja duży poziom stresu, który towarzyszy wykonywaniu zawodów medycznych, a podsyca napięta sytuacja polityczna (protesty medyków) i traktowanie

przez rządzących osób wykonujących zawody medyczne. Brakuje zdecydowanego stanowiska w tej sprawie, co sugeruje, że hejt na medyków nie jest traktowany z należytą powagą.

NIERÓWNA WALKA

Walka z hejtem jest nierówna. Pacjenci bywają bardzo agresywni nie tylko werbalnie (często dochodzi do rękoczynów). W świetle obowiązującego prawa bardzo trudne jest wyciągnięcie konsekwencji wobec agresorów, szczególnie w przypadku osób groźnych lekarzom w sieci. Przydzielenie ochrony jednemu lub kilku medykom nie rozwiązuje problemu.

Mecenas Karolina Podsiadły-Gęsikowska tłumaczy, że hejt kojarzy się z nienawiścią i atakami słownymi, ale jego definicja nie jest jasno określona. Z prawnego punktu widzenia można go zakwalifikować jako zniesławienie lub znieważenie, co jest przestępstwem, a w przypadku lekarza czy innego medyka potraktować nawet jako znieważenie funkcjonariusza publicznego. Jeśli hejt uderza w dobra osobiste lekarzy (np. dobre imię), wówczas naruszane są przepisy Kodeksu cywilnego. Jednak nawet jeśli lekarz zgłosi nękanie przez hejterów na policji, tego rodzaju przestępstwa są ścigane z oskarżenia prywatnego, co oznacza, że lekarz sam musi skonstruować akt oskarżenia i pójść z nim do sądu. Dodatkowym utrudnieniem jest to, że hejtujący są anonimowi i trudno ich namierzyć w sieci. Jeśli jednak skarga dotyczy naruszenia art. 448 Kodeksu karnego, policja ma obowiązek przyjąć ustne lub pisemne zgłoszenie, sporządzić protokół i ustalić dane sprawcy.

– Mimo tych ograniczeń proceduralnych nie należy się poddawać i zgłaszać każdy akt przemocy werbalnej na policję – zachęca Karolina Podsiadły-Gęsikowska. Uważa, że dzięki wsparciu prawników lekarze mają coraz większą świadomość zagrożenia hejtem i duże szanse, by dochodzić swoich praw oraz skutecznie zadbać o swoje dobre imię. Mogą także zażądać, aby hejterskie wpisy w internecie, np. na portalach społecznościowych, zostały usunięte. Jeśli hejterzy tego nie zrobią, lekarz ma prawo zwrócić się do administratora strony, aby taki obraźliwy wpis usunął. Jednak to wszystko za mało, aby ukrócić szkodliwą

działalność hejterów. – Gdyby tego rodzaju przestępstwa były ścigane z urzędu, szanse na to, by zmniejszyć skalę zjawiska, by wzrosły, ale jak na razie niewiele się dzieje w tym zakresie – zastrzega Karolina Podsiadły-Gęsikowska. Wprawdzie pełnomocnik rządu do spraw cyberbezpieczeństwa Janusz Cieszyński przygotował projekt ustawy zwalczającej hejt wobec lekarzy, który m.in. zakłada nawet 1 mln zł kar dla firm za publikowanie hejterskich treści, są wątpliwości, czy się sprawdzi, gdyż nie ma w nim mowy o ściganiu i karaniu sprawców takich wpisów. Inny projekt, autorstwa resor-

Pacjentka opisała w internecie wizytę w moim gabinecie, przedstawiając mnie z imienia i nazwiska jako lekarkę sadystkę, która czerpie przyjemność w wyżywaniu się na pacjentach.

tu sprawiedliwości, który nakłada kary nawet do 50 mln zł na właścicieli portali społecznościowych, też nie karze autorów wpisów, przez co pozostają oni w większości anonimowi i bezkarni. Także projekt ustawy o ochronie zdrowia publicznego przed następstwami rozpowszechniania treści nieprawdowych dotyczących wirusa SARS-CoV-2 i treści przestępczych kierowanych wobec osób wykonujących zawód medyczny, przerzuca walkę z hejtem na właścicieli portali społecznościowych. Zgodnie z jego zapisami serwisy społecznościowe z co najmniej milionem zarejestrowanych użytkowników będą musiały ustanowić przedstawiciela, do którego będzie można zgłaszać groźby lub treści nieprawdziwe. Ma on być znany z imienia i nazwiska, a jego dane kontaktowe zamieszczone na stronie serwisu.

LEKARZE CHCĄ SIĘ BRONIĆ

Zanim jednak rządzący zdecydują się na któryś z projektów i uregulują aspekty prawne związane z hejtem wobec medyków, minie sporo czasu. Lekarze postanowili więc wziąć

sprawy w swoje ręce. Z ich inicjatywy powstała grupa „WyleczNienawiść”. Inicjatorką akcji jest Anna Wardęga, lekarka z Krakowa w trakcie specjalizacji z psychiatrii, która również doświadczyła groźb ze strony hejterów.

– Pacjentka opisała w internecie wizytę w moim gabinecie, przedstawiając mnie z imienia i nazwiska jako lekarkę sadystkę, która czerpie przyjemność z wyżywania się na pacjentach. W krótkim czasie dołączyła do niej liczna grupa innych hejterów, którzy wypisywali na mój temat nie stworzone rzeczy, mimo że mnie nie znali i nigdy nie widzieli. Zaczęłam dostawać groźby, obraźliwe komentarze i choć najpierw byłam tym wszystkim zszokowana i przygnębiona, to kiedy się wzmocniłam i podniosłam, postanowiłam działać – opowiada Anna Wardęga.

Kobieta otrzymała wówczas wsparcie z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, a konkretnie od prezesa Łukasza Jankowskiego, który zainteresował się jej sprawą i nagłośnił ją w mediach. Dzięki temu uwierzyła, że to bardzo przykre doświadczenie można przekuć w coś dobrego, tym bardziej, że – jak się okazało – nie jest jedyną ofiarą hejtu wobec medyków. Przeciwnie, przekonała się, że skala problemu jest ogromna.

Porozumiała się też z Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej, czego owocem są szkolenia dla lekarzy instruujaące, jak radzić sobie z hejtem i jego konsekwencjami. Szkolenia odbędą się w tym roku online w dwóch terminach: 25 listopada oraz 9 grudnia. W czasie zajęć uczestnicy dowiedzą się m.in., czym jest hejt z prawnego punktu widzenia, jak odróżnić hejt od krytyki, jakie kroki prawne powinien podjąć lekarz, gdy jest atakowany w internecie, jak walczyć z hejtem na gruncie prawa karnego. W części psychologicznej największy nacisk jest położony na relacje pomiędzy medykiem a pacjentem oraz formy wspierania się w różnych fazach doświadczania hejtu. – Dzieląc się swoimi doświadczeniami, chcę pomóc kolegom lekarzom, którym przyszło, tak jak mnie, zderzyć się z hejtem, który naprawdę może człowiekowi zrujnować życie – konkluduje Anna Wardęga. ■

ZCZwartą falą wtle

Jesień problemów

Wkroczyliśmy w drugą jesień z pandemią. Pod wieloma względami jest podobna do zeszłorocznej, ale jeszcze mocniej widać problemy publicznego leczenia wynikające m.in. z niedostatku kadr medycznych.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Można zaryzykować tezę, że im dłużej trwa pandemia, tym więcej koncepcji na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia pojawia się w debacie publicznej. Nie brakuje pomysłów nieoczywistych, bywają i ocierające się o granice absurdu, a przynajmniej w taki sposób odbiera je wiele osób. Nic dziwnego, że często spotykają się z brakiem akceptacji wśród lekarzy.

W ciągu ostatniego 1,5 roku, zwłaszcza w chwilach legislacyjnej gorączki uzasadnianej walką z wirusem SARS-CoV-2, opiniowanie projektów aktów prawnych wielokrotnie okazywało się fikcją. Nie tylko dlatego, że na analizę opasłych dokumentów naszpikowanych paragrafami wyznaczano kilka dni, a nawet kilkadziesiąt godzin. Dochodziło do sytuacji, gdy w zaopiniowanych wcześniej projektach pojawiały się rozwiązania zupełnie nowe, nieznane wcześniej nikomu, poza wąską grupą polityków i urzędników. Z taką sytuacją zmagają się m.in. środowisko lekarskie, które nieustannie skarży się na ignorowanie zasady „nic o nas bez nas”.

ISKRY ZAMIAST DIALOGU

Na linii rząd-lekarze od dawna mocno iskrzy. Brakuje okazji do ucierania poglądów w trakcie rzeczowej wymiany argumentów, a dialog zastąpiła metoda, którą nieco ironicznie można określić połączeniem gromu z jasnego nieba z musztardą po obiedzie – ważne deklaracje w przestrzeni publicznej pojawiają się niespodziewanie, gdy przygotowana przez władze koncepcja



**Na linii rząd-lekarze
mocno iskrzy.**

jest już gotowa do wdrożenia, a ewentualne zmiany mogą mieć tylko charakter kosmetyczny. Strona rządząca broni swoich pomysłów, zarzucając krytykom, że nie dostrzegają szlachetnych intencji i urządzają nagonkę niepopartą faktami, bo weryfikacja wprowadzanych rozwiązań będzie możliwa dopiero w przyszłości. Wielu lekarzy odnosi wrażenie, że celem niektórych zmian nie jest autentyczna poprawa sytuacji w ochronie zdrowia, lecz odwracanie uwagi opinii

publicznej od poważnych, nierozwiązanych problemów „przykrywanych” inicjowaniem dyskusji o tematach zastępczych. Pojawiają się opinie, że spory czasami wznieca się celowo.

„ZAWODÓWKI” DLA LEKARZY

Kilka tygodni temu szef resortu zdrowia Adam Niedzielski wziął udział w otwarciu Centrum Symulacji Medycznej przy Uczelni Państwowej im. Jana Grodka w Sanoku. Placówka działa równo od 20 lat i można w niej ukończyć studia I stopnia na kierunku ratownictwo medyczne czy uzyskać tytuł zawodowy licencjata i magistra pielęgniarstwa. Media społecznościowe obiegło zdjęcie, na którym minister z podniesionym do góry kciukiem stoi przy łóżku szpitalnym z fantomem. Szybko stało się ono hitem internetu, rzekomo potwierdzającym tezę, że pandemia to fikcja, a szpitale są „teatrem”, w którym role pacjentów niemogących złapać tchu „grają” manekiny podłączone do respiratorów. Jednak to nie z powodu memicznej fotografii wizyta ministra na Podkarpaciu wywołała burzę. Przemawiając w czasie Zgromadzenia Plenarnego Konferencji Rektorów Publicznych Uczelni Zawodowych, szef resortu zdrowia poinformował o zamiarze dopuszczenia takich placówek do kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. – Już w zasadzie przygotowaliśmy projekt – oświadczył.

FELCZERYZACJA MEDYCYNY

W środowisku lekarskim najpierw było niedowierzanie. Po kilku dniach, gdy okazało się, że to nie przejęzyczenie ministra czy potknięcie relacjonującego dziennikarza, rozpoczęła się ożywiona

dyskusja nad nowelizacją ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zażądało od resortu wycofania się z budżetowego kontrowersyjnego pomysłu, a Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie oceniła, że zmierza on do „felczeryzacji medycyny” i prowadzi do „upadku prestiżu zawodu lekarza”. Pojawiły się głosy, że to „straszak” na środowisko, które rozpoczęło protest w białym miasteczku. Cel zmian jasno określono w uzasadnieniu do projektu ustawy. Chodzi m.in. o „uelastycznienie warunków dotyczących możliwości ubiegania się przez uczelnie o pozwolenie na utworzenie studiów przygotowujących do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry”. Po wtóre, zwiększenie liczby placówek ma przełożyć się na wzrost liczby absolwentów medycyny, co zdaniem rządu stanowi „odpowiedź na deficyt kadr” obnażony w czasie aktualnej sytuacji epidemicznej. Innymi słowy wirus SARS-CoV-2 stał się pretekstem do wprowadzania zmian gremialnie oprotetowanych w środowisku lekarskim.

NOWE POLE KONFLIKTU

W sejmie pierwsze czytanie projektu odbyło się 1 października, co samo w sobie stanowiło zbieg okoliczności. – W dniu inauguracji roku akademickiego dokonano czegoś niebywałego, bo zamiast szacunku dla środowiska obrażono polskich profesorów medycyny. Urażono samorząd lekarski, nie dopuszczając go do opiniowania projektu. To niebywała arogancja – ocenia prof. Wojciech Maksymowicz, który dwie dekady temu stał na czele Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, jeszcze w ubiegłym roku był wiceministrem nauki i szkolnictwa wyższego, a teraz jest jednym z opozycyjnych posłów. Mocne słowa, ale w dużym stopniu oddające nastroje osób zdumionych zapowiedzią „produkowania” lekarzy w „zawodówkach” i postawieniem na ilość, zamiast na jakość. Zamiar rozszerzenia kręgu uczelni uprawnionych do kształcenia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym otworzył nowe pole konfliktu z obozem władzy. Wprawdzie w połowie października strona rządowa mocno wykastrowała swój pierwotny pomysł na uporanie się z deficytem kadr medycznych i wszystkie znaki na niebie i ziemi wskazują, że „lekarskich zawodówek” nie będzie, ale u wielu osób

Premier kupi nowe łóżka

Nie każdy wie, że do wybuchu epidemii SARS-CoV-2 Polska miała jedną z najwyższych w Unii Europejskiej liczbę łóżek szpitalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców. W innych krajach przez ostatnie lata ich liczba na ogół spadała, w wyniku czego ta różnica się pogłębiała. W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że mamy sprzęt i wyposażenie, co oczywiście nie oznacza, że nie mogłoby być lepiej, ale prawdziwe wyzwanie stanowi brak wysoko wykwalifikowanych umysłów i rąk, bo coraz częściej nie ma komu leczyć, a z uwagi na starzejące się społeczeństwo będzie rosła liczba pacjentów wymagających specjalistycznej opieki. Tymczasem, kiedy premier Mateusz Morawiecki mówi o inwestowaniu w ochronę zdrowia, to przede wszystkim koncentruje się na obietnicy podnoszenia standardu placówek. Jeden z ostatnich pomysłów rządu to wymiana ponad 90 tys. łóżek szpitalnych ze środków Subfunduszu Modernizacji Podmiotów Leczniczych będącego częścią „prezydenckiego” Funduszu Medycznego.

pozostał niesmak. Nie ma też żadnych gwarancji, że podobny pomysł nie powróci w przyszłości.

PANDEMIA A SZPITALE

Z danych przedstawionych w ogłoszonej kilka tygodni temu „Mapie potrzeb zdrowotnych” wynika, że w 2019 r., czyli roku niedotkniętym przez pandemię, w systemie publicznym pracowało 113,9 tys. lekarzy (87 proc. wszystkich pracujących lekarzy w naszym kraju). Najczęściej znajdowali oni zatrudnienie w ramach leczenia szpitalnego (76,6 tys.), a także w izbach przyjęć (17,4 tys.) i w SOR-ach (14,5 tys.). W kolejnym roku szpitale publiczne musiały zmierzyć się z naporem pacjentów z nieznaną chorobą zakaźną, a osoby w nich pracujące, nierzadko przymuszone do świadczenia pracy w ramach reżimu administracyjno-prawnego, zostały doświadczone szeregiem negatywnych zjawisk. Strach, przemęczenie, objawy wypalenia zawodowego – długo można by wymieniać skutki pandemii dotyczące lekarzy. – Mamy coraz mniej rąk do pracy. Wiele osób jest wyczerpanych psychicznie i fizycznie, dodatkowo nie widzą żadnego wsparcia ze strony rządu – mówi prof. Andrzej Matyja, prezes NRL. Nierzadko odpowiedzialnością za złą organizację systemu obciąża się pracowników ochrony zdrowia – To powoduje frustrację – przyznaje dr Michał Balsa, członek Prezydium NRL.

ODCHODZĄ Z PRACY

Od dawna mówiło się, że gdy koronawirus odpuści, niektórzy lekarze odejdą z publicznych placówek. Już od wiosny pojawiały się kolejne doniesienia o zamykaniu, zawieszaniu

albo ograniczaniu działalności oddziałów szpitalnych, spowodowane brakiem kadr. Pod koniec września wypowiedzenia złożyło 26 lekarzy z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, największej placówki pediatrycznej na południu Polski. To większość zatrudnionych tam specjalistów. W połowie października na ten sam krok zdecydowało się kolejnych 28 lekarzy, co oznacza, że praca części oddziałów może zostać sparaliżowana. – Podejmowane od 2018 r. próby rozmów i apele spotykają się z ignorancją i brakiem odzewu – mówi Łukasz Klasa, jeden z krakowskich lekarzy. Z kierowania placówką zrezygnował prof. Krzysztof Fyderek. – Niski poziom finansowania szpitala z jednej strony i rosące lawinowo oczekiwania płacowe personelu z drugiej, stanowią poważne zagrożenie dla dalszego funkcjonowania w obecnym kształcie. Pandemia COVID-19 zaostrzyła wszystkie problemy finansowo-kadrowe, z którymi zmagają się nasza wysokospecjalistyczna jednostka – tłumaczy ustępujący dyrektor naczelny, który zrezygnować złożył na ręce prorektora UJ ds. Collegium Medicum. Prorektor prof. Tomasz Grodzicki przyznaje, że kondycja finansowa szpitala nie pozwala na spełnienie oczekiwań lekarzy z USD w Krakowie i na potwierdzenie swoich słów wymienia kwoty: miesięcznie na wynagrodzenia trafia ok. 20 mln zł, gdyby uposażenie lekarzy miało wzrosnąć o połowę, potrzeba by 30 mln zł, a zadłużenie placówki wynosi 40 mln zł. – Jeżeli NFZ zapłaci zaległości, dług realny spadnie do ok. 15 mln zł. Nawet jeśli dostaniemy te pieniądze, nie będzie wolnej gotówki – dodaje.

Z UDAREM NA KORYTARZU

Problemy kadrowe i finansowe to bólączka także innych placówek, na co nakłada się niezadowolenie z warunków pracy, które w czasie pandemii często się pogorszyły, skłaniając lekarzy do powiedzenia „dość”. W lipcu działalność zawiesił oddział neurologiczny w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu, a od początku października pacjentów nie przyjmuje oddział neurologii i leczenia udarów tamtejszego specjalistycznego szpitala miejskiego. Z 200-tysięcznego Torunia osoby np. z podejrzeniem udaru są przewożone do Bydgoszczy, Świecia i Lipna, bo oddziały w Inowrocławiu, Grudziądzu i we Włocławku również nie funkcjonują. Problem nabrzmiewał od dłuższego czasu, a dodatkowo został nagłośniony po tym, gdy na początku października na oddział neurologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Jana Biziela w Bydgoszczy trafiło tylu pacjentów, że nawet osoby w ciężkim stanie musiały leżeć na korytarzu, bo zabrakło dla nich miejsc w salach.

KOLEJNE ZAMYKANE ODDZIAŁY

Złe wieści dochodzą nie tylko z woj. kujawsko-pomorskiego. Ostatnio wypowiedzenia złożyła większość specjalistów z jedynej w Warszawie oddziału psychiatrii dla dzieci – co to może oznaczać, najlepiej świadczy fakt, że na Mazowszu i Podlasiu działają w sumie dwa oddziały dziecięce i trzy młodzieżowe. Do końca roku jest zawieszony oddział wewnętrzny w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Rybniku, bo nie udało się skompletować zespołu – żeby go otworzyć, potrzeba pięciu lekarzy specjalistów, a jest tylko jeden. Podobny status mają także dwa inne oddziały. Nad szpitalem wojewódzkim w Płocku od kilku miesięcy wisi groźba sparaliżowania pracy kilku oddziałów. W Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu z powodu braków kadrowych wstrzymano przyjęcia na oddział anestezjologii, intensywnej terapii i leczenia bólu. W lipcu Zamojski Szpital Niepubliczny zawiesił oddział pediatriczny na trzy miesiące, ale niedawno okazało się, że taka sytuacja utrzyma się do końca grudnia, a być może i dłużej. „Możesz pomóc w znalezieniu obsady pediatrii? Zadzwoń 602 588 477” – taki wpis na swoim profilu na Facebooku zamieścił ostatnio prezydent Zamościa. – To apel ostatniej szansy – mówi.

MAŁO MEDYKÓW, DUŻO ZAKAŻEŃ

W szpitalu powiatowym w Ostrowcu Świętokrzyskim najpierw brakowało anestezjologów, potem z pracy rezygnowali radiolodzy, a z początkiem października, po kilkutygodniowych negocjacjach, odeszło pięciu z siedmiu lekarzy z SOR. Na razie na dyżurowanie w SOR zdecydowali się lekarze z innych oddziałów, ale co nastąpi później, nie wiadomo. – Ten sam problem co w całej Polsce, dotarł do naszego szpitala – przyznaje Adam Karolik, p.o. dyrektora naczelnego, na którego biurku w ostatnich miesiącach wielokrotnie lądowały wypowiedzenia z pracy podpisane przez doświadczonych medyków. W szpitalu wojewódzkim w Tarnobrzegu planuje się reorganizację oddziału chirurgii dziecię-

**W Bydgoszczy osoby
w ciężkim
stanie musiały leżeć
na korytarzu.**

cej i urazowej, bo na emeryturę odchodzi trzech lekarzy, a na ich miejsca nie ma chętnych. W kraju takich przypadków jest więcej. Na domiar złego rosnąca liczba osób zakażonych SARS-CoV-2 napędza czwartą falę pandemii. – Przyjęcie szczepienia przeciw COVID-19 w polskich warunkach zmniejsza ryzyko hospitalizacji 82-krotnie, a śmierci 94-krotnie. Ryzyko jest zawsze, ale ono jest niewspółmierne wobec korzyści, jakie uzyskujemy, szczepiąc się – powiedział dr hab. Jerzy Jaroszewicz, kierownik Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego i Hepatologii w Szpitalu Specjalistycznym nr 1 w Bytomiu w czasie inauguracji nowego roku akademickiego w SUM w Katowicach. Powołał się na dane z projektu SARSTer, w ramach którego gromadzone są informacje z kilkudziesięciu ośrodków w kraju.

W OBAWIE PRZED KORONAWIRUSEM

Z powodu rosnącej liczby zakażeń szpitale ograniczają odwiedziny lub ich zakazują. W ostatnim czasie zdecydowały się na to placówki z Podkarpacia, m.in. w Rzeszowie, Łańcucie i Brzozowie. W Sanoku w związku z sytuacją epidemiczną wstrzymano przyjęcia pacjentów na oddział kardiologiczny, a w Stalowej

Woli, po wykryciu zakażeń wśród personelu i pacjentów, nikogo nie przyjmowano na oddziały neurologiczny i udarowy. Takie decyzje, choć uzasadnione stanem wyższej konieczności, spowalniają tryby systemu powołanego do ochrony ludzkiego zdrowia i życia. Nie należy zapominać o proteście ratowników medycznych, czego spektakularne skutki obserwują mieszkańcy Warszawy. Z powodu braku obsady karettek do osób potrzebujących pomocy wysyłane są śmigłowce Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. W ostatnich tygodniach w środku dnia lądowały m.in. na ruchliwym pl. Konstytucji i pl. Bankowym, niedaleko Dworca Zachodniego, przy jednej ze stacji metra i na boisku na Bielanach. Protest ratowników rykoszetem uderza w lekarzy, bo część pacjentów, którzy nie mogą doczekać się na karetkę, wcześniej czy później trafi do szpitala z pogorszonym stanem zdrowia.

SŁOWO, KTÓRE WARTO ZAPAMIEĆ

Ostatnio w sukurs przepracowanym lekarzom nieoczekiwanie przyszła Najwyższa Izba Kontroli. Zdaniem kontrolerów w związku z tym, że prawie 1/3 czasu porady lekarskiej pochłania prowadzenie dokumentacji medycznej i wykonywanie czynności administracyjnych, zachodzi potrzeba ograniczenia ich czasochłonności, tak by zwiększyć efektywność leczenia pacjentów. Mimo że każdy praktykujący lekarz doskonale o tym wie, wyniki kontroli NIK są cennym argumentem w walce o odejście zza biurka. Na ograniczenie biurokracji i uwolnienie potencjału lekarzy na razie się jednak nie zanoszą. Póki koronawirus budzi grozę, minister zdrowia ma swoje sposoby na łagodzenie problemów związanych z deficytem kadr. W jednym z ostatnich rozporządzeń wydłużył do końca roku zwolnienie szpitali, które udzielają świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji, z obowiązku zapewnienia kadry lekarsko-pielęgniarskiej. W uzasadnieniu wskazano, że celem jest „uelastycznienie” zarządzania personelem. Identycznym wyrazem rząd tłumaczył chęć rozpoczęcia kształcenia lekarzy i stomatologów w wyższych szkołach zawodowych. Tak jak pandemią uzasadnia się wprowadzenie wielu kontrowersyjnych zmian w przepisach, tak elastyczność – cokolwiek w praktyce to znaczy – może okazać się nowym słowem kluczem w ochronie zdrowia na kolejne miesiące. ■

Jesteśmy tam potrzebni

Ponad 40 pracowników służb medycznych z całego kraju – lekarze, ratownicy, pielęgniarki – włączyło się do akcji pomocy imigrantom koczującym na granicy polsko-białoruskiej. Akcja prowadzona jest pod hasłem „Medycy na Granicy”, a jej inicjatorem jest warszawski lekarz anestezjolog dr Jakub Sieczko.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Stan zdrowotny uchodźców i imigrantów znajdujących się w pasie granicznym między Białorusią i Polską, jak donoszą aktywiści, staje się dramatyczny. Powodem jest wychłodzenie spowodowane spadkiem temperatur związanych z porą roku i warunki, w jakich ci ludzie przebywają.

NIEZROZUMIAŁY OPÓR

Codziennie media podają informacje o osobach ze strefy granicznej, które zachorowały. Szczególnie narażeni na pogorszenie stanu zdrowia są kobiety i małe dzieci, którym zagrażają infekcje i zatrucia pokarmowe, także te o ciężkim przebiegu, ale i osoby starsze, przewlekle chore, u których dochodzi do zaostrzenia objawów, np. chorób układu krążenia czy oddechowego. Dodatkowo wszyscy ci ludzie są narażeni na zakażenie SARS-CoV-2. Potrzebują profesjonalnej pomocy medycznej i lekarstw.

Weronika Bujko, anestezjolożka z Warszawy, napisała na Twitterze, że sama ma trójkę dzieci i nie mogła pozostać obojętna na to, w jakiej sytuacji zdrowotnej są osoby przebywające na granicy polsko-białoruskiej. – Moje dzieci jeszcze nie rozumieją, co się dzieje, ale czują, że to coś ważnego, są podekscytowane, przed wyjazdem musiałam je do tego przygotować – napisała lekarka, która 11 października o godz. 8.00 rano wraz z kierowcą karetki i ratownikiem Piotrem Kołodziejczykiem oraz ratownikiem medycznym Piotrem Łukasiewiczem rozpoczęła swój pierwszy całonocny dyżur na granicy.

Pierwszy zespół, który przetań szałki, rozpoczął swój dyżur 7 października. Ich śladem poszły inne, jednak medycy



od lewej: Sonia Tencer (lekarka), Jan Światała (ratownik medyczny), Mikołaj Łaski (kierowca ratownika)

napotykają na opór. Nie otrzymali bowiem zgody ministra spraw wewnętrznych i administracji na wjazd do strefy objętej stanem wyjątkowym. Mimo to nie zrezygnowali. By mieć fundusze na realizację akcji „Medycy Na Granicy”, zbierają pieniądze na stronie internetowej Pomagam.pl. W połowie października na zbiórkę pieniędzy przekazało blisko 4 tys. osób. Zebrano 350 tys. zł. Działania medyków popierają autorytety medyczne z całej Polski, które wystosowały w tej sprawie list do ministra Mariusza Kamińskiego.

CO DALEJ?

Medycy chcą pomagać obcokrajowcom, którzy znaleźli się w strefie granicznej, ale rządzący nie widzą takiej potrzeby. Odmawiając im wydania zgody na wjazd karetek do strefy stanu wyjątkowego, Mariusz Kamiński, minister spraw wewnętrznych i administracji, użył argumentu, że pomoc medyczna jest udzielana przez strażników granicznych, a w razie potrzeby są wzywane zespoły ratownictwa medycznego z Białegostoku. Jednak – jak informują medycy – ta pomoc nie jest

dostateczna, ponieważ są już ofiary śmiertelne, zarówno po stronie polskiej, jak i białoruskiej. Jedną z nich jest 16-letni chłopiec.

Mimo blokowania akcji „Medycy Na Granicy” zespoły znajdują się w pełnej go-

towości. W każdym z nich jest ratownik z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, lekarz oraz drugi ratownik, lekarka lub pielęgniarka, którzy pełnią całonocne dyżury. – Będziemy odpowiadać na zgłoszenia wolontariuszy o osobach potrzebujących oceny medycznej. Pojedziemy na miejsce, zbadamy, udzielimy pierwszej pomocy i zdecydujemy, czy jest potrzebna hospitalizacja. O naszej obecności zostaną poinformowane dyspozytornia i lokalne szpitale. Chcemy wspomóc regionalny system ratownictwa medycznego – napisał jeden z uczestników akcji na Twitterze. Zespoły chcą zostać na granicy do 15 listopada, co – jak obliczono – przełoży się na 40 dyżurów. Zapowiadają, że nie ustaną w staraniach o uzyskanie zgody na wjazd z pomocą medyczną do strefy stanu wyjątkowego. Za zebrane pieniądze chcą kupić leki i uzupełnić sprzęt, ponieważ można się spodziewać, że trzeba będzie nieść pomoc nie tylko w przypadku infekcji czy zaostrzenia chorób przewlekłych, ale też w razie wystąpienia hipotermii i urazów, które będą coraz częstsze. ■

LEKARZE NA POLSKO-BIAŁORUSKIEJ GRANICY

Moglibyśmy zrobić więcej

Z dr. Jakubem Sieczko, anestezjologiem w jednym z warszawskich szpitali, inicjatorem akcji #MedycynaGranicy, rozmawia Lucyna Krysiak.

Kim są ludzie, którzy zadeklarowali swój udział w akcji #MedycynaGranicy i jak w ogóle zrodził się ten pomysł?

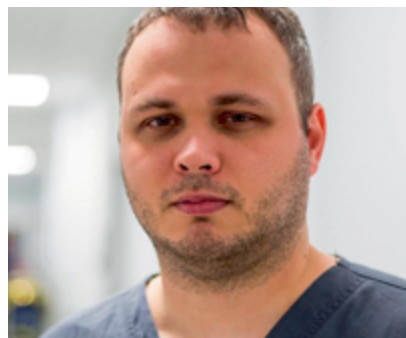
Koleżanka zaangażowana w działania humanitarne, która od sierpnia jako wolontariuszka działa na granicy polsko-białoruskiej w okolicy strefy stanu wyjątkowego, opowiedziała mi o dramatycznej sytuacji zdrowotnej, w jakiej znajdują się koczujący tam imigranci i zapytała, czy nie zorganizowałbym dla nich pomocy medycznej. Zatelefonowałem do kilku zaufanych znajomych, chętnych do współpracy, i tak stworzyła się grupa, która przez „pączkowanie” finalnie urosła do 42 osób. Są to lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej i innych specjalności oraz ratownicy medyczni i pielęgniarki anestezjologiczne pracujące na oddziałach intensywnej terapii i salach operacyjnych, legitymujący się wieloletnim stażem pracy w zawodzie oraz mający predyspozycje do pracy w trudnych warunkach. Zatem pomysł zorganizowania takiej akcji oparłem na osobistych kontaktach, które nawiązałem w czasie 10 lat pracy jako anestezjolog i 8 lat pracy jako lekarz medycyny ratunkowej.

Członkowie tej grupy to wolontariusze. Czy praca na granicy nie odbywa się kosztem dyżurów w macierzystych oddziałach?

Dzięki temu, że nasza grupa liczy 42 osoby, możemy tak ustawić grafik dyżurów, aby nie kolidował z harmonogramem zajęć w naszych macierzystych placówkach. Obsadę karetki stanowi 3-osobowy zespół i nie ma obaw, że pomoc w ramach akcji może się odbywać kosztem codziennej pracy zawodowej. Chciałbym mocno podkreślić, że sytuacja jest specyficzna i to, co robimy, nie jest zajęciem dla nowicjusza – medyka prosto po studiach czy stażu podyplomowym. Dobieraliśmy zespół dobrze wykształconych i doświadczonych osób, które sporo widziały i przeżyły. To jest inne środowisko pracy niż w szpitalu czy karetce pogotowia odpowiadającej na wezwanie. Naszą inicjatywę poparło 25 profesorów – autorytetów w swoich dziedzinach, rektorów uczelni medycznych, konsultantów krajowych, przewodniczących polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych, kierowników klinik, instytutów. To są nasi nauczyciele akademicki i ich wsparcie utwierdziło nas w przekonaniu, że decydując się na tę apolityczną akcję, poszliśmy dobrą drogą.

MSWiA nie wydało jednak zgody na wjazd karetki na teren objęty stanem wyjątkowym. Czy jest plan B na ewentualność, że mimo ponownych starań, takiej zgody nie będzie?

Właśnie realizujemy plan B. Mimo że nie mamy zgody na wjazd



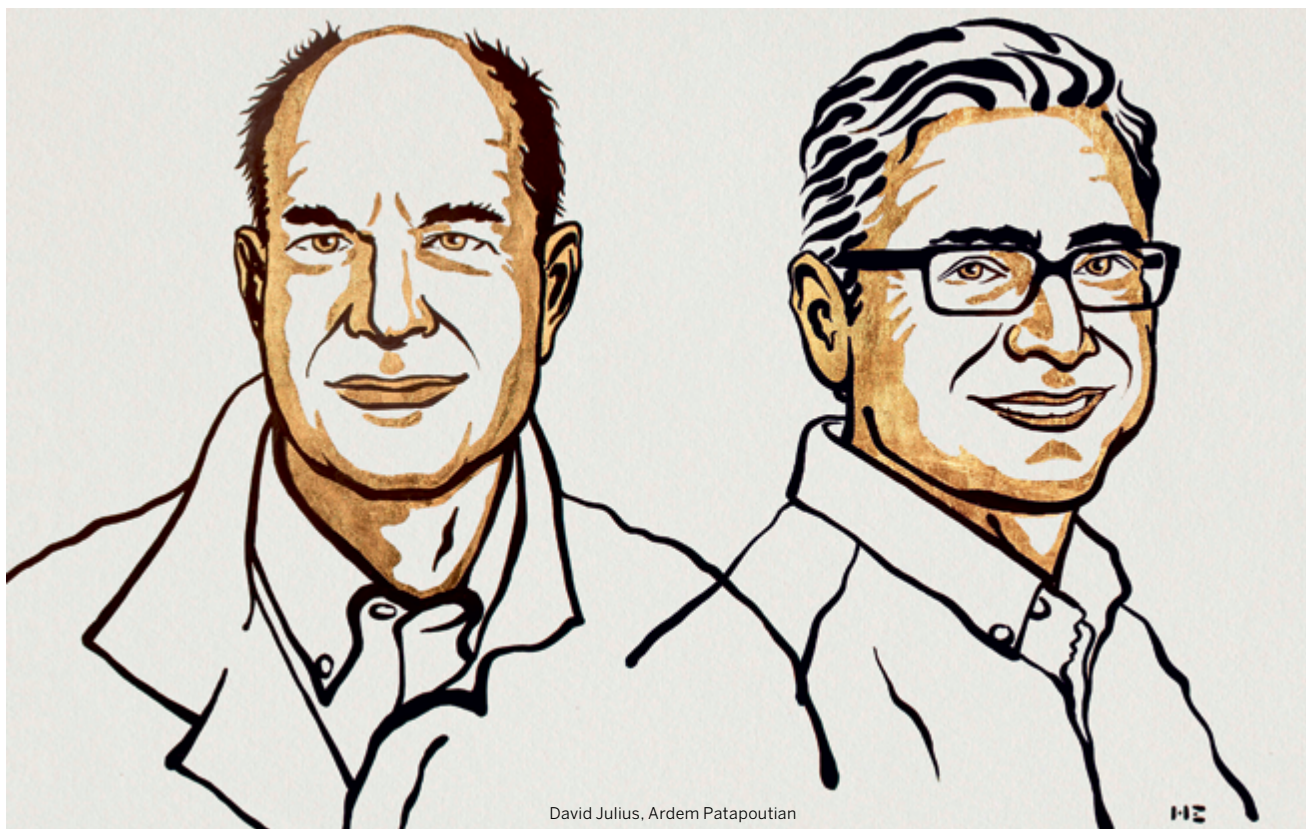
dr. Jakub Sieczko:
– Zatelefonowałem do kilku zaufanych znajomych, chętnych do współpracy, i tak stworzyła się grupa, która przez „pączkowanie” finalnie urosła do 42 osób.

do strefy stanu wyjątkowego, jesteśmy tu, karetka cały czas jest w ruchu i niesie pomoc ludziom, którzy znaleźli się poza strefą i np. błąkają się w przygranicznych lasach. Są oni wyziebieni, chorują na różnego rodzaju infekcje, zatrucia pokarmowe, są wśród nich małe dzieci i karmiące matki. Większość z nas ma dzieci i wstrząsnął nami obrazek niemowlęcia, które matka próbowała nakarmić, siedząc na gołej ziemi przy ledwo tłącym się ognisku. Jedna z kobiet, której udzieliliśmy pomocy, z wyziebienia i wycierńczenia miała poważne zaburzenia świadomości. Współpracujemy z organizacjami humanitarnymi, które są tu na miejscu, zajmują się wyszukiwaniem takich osób i zawiadamiają nas o tym. System ratownictwa medycznego na Podlasiu ma swoje problemy, które wobec wzrostu zachorowań na COVID-19 się pogłębiły, a ponieważ jesteśmy w bardzo dobrym kontakcie z urzędem wojewódzkim i z dyspozytornią medyczną w Białymstoku, nasza pomoc jest skoordynowana z działaniami tamtejszych służb ratownictwa medycznego. Moglibyśmy zrobić więcej i to jest bardzo frustrujące, że będąc zaledwie kilkaset metrów od strefy, nie mamy prawa tam wejść i nieść pomoc medyczną. Mamy sprzęt, karetkę, wysoko wykwalifikowanych ludzi i nie możemy ich w pełni wykorzystać.

Akcja ma się zakończyć 15 listopada. Co będzie, jeśli kryzys na granicy potrwa dłużej?

To, co tu zobaczyliśmy, przypomina kadr z filmu o II wojnie światowej. Grupki ludzi ukrywających się w lesie, koczujących, płaczących i przestraszonych dzieci. To bardzo poruszające, szczególnie jeśli się patrzy na krzywdę tych najsłabszych i najmniejszych. Dlatego na pewno nagle nie znikniemy wraz z zakończeniem akcji, nie pozostawimy tych ludzi bez nadziei, że nie będzie kogoś, kto im pomoże. Jesteśmy w kontakcie z innymi organizacjami medycznymi, które przejmą nasze obowiązki. ■

Temperatura i dotyk



David Julius, Ardem Patapoutian

Tegoroczna Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny trafiła w ręce dwóch amerykańskich naukowców za odkrycie receptorów, za pomocą których odczuwamy temperaturę i dotyk. Jakie implikacje kliniczne może to mieć w przyszłości?

Lidia Sulikowska dziennikarz

Zgromadzenie Noblowskie działające przy Królewskim Karolińskim Instytucie Medyczno-Chirurgicznym w Sztokholmie znów ukłoniło się w kierunku nauk podstawowych. Podobnie jak dwa lata temu, kiedy to medycznego Nobla otrzymało trzech naukowców (William G. Kaelin Jr., sir Peter J. Ratcliffe i Gregg L. Semenza), których wyróżniono za odkrycie mechanizmów adaptujących komórki do zmian poziomu dostępności tlenu, dzięki czemu organizm może przetrwać i się rozwijać.

W tym roku noblistami zostali David Julius i Ardem Patapoutian, których badania naukowe dały w końcu odpowiedź na pytanie, w jaki sposób inicjowane są sygnały w naszym systemie nerwowym, pozwalające nam odczuwać ciepło, zimno, dotyk czy ucisk. To podstawowe procesy ludzkiej fizjologii, pozwalające przetrwać w otaczającym nas świecie i adaptujące nas do zmian w środowisku, w którym żyjemy. Ich istnienie jest tak oczywiste, że na co dzień ich nawet nie zauważamy, a jednak na tyle skomplikowane, że na długo pozostawały tajemnicą dla nauki i medycyny.

CZUJĘ, ŻE ŻYJĘ

Skąd mamy umiejętność precyzyjnego określania położenia poszczególnych kończyn w przestrzeni, nawet jeśli ich nie widzimy? W jaki sposób możliwe jest odczuwanie narządów wewnętrznych? Dlaczego doskonale orientujemy się, że nasz pęcherz jest pełny, a płuca napełnione powietrzem? Jak to się dzieje, że jeden dotyk jest dla nas przyjemny, a inny sprawia cierpienie? Wszystko to opiera się na mechanizmie odbierania przez system nerwowy mechanicznych impulsów dotyku i ucisku.

David Julius urodził się w 1955 r. w Nowym Jorku. Na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco (USA) pracuje od 1989 r.

Ardem Patapoutian (ur. 1967 r.) ma pochodzenie ormiańskie. Urodził się i dorastał w Bejrucie (Liban). Kiedy miał 18 lat, z kraju targanego wojną domową wyjechał do USA. Od 2000 r. pracuje w Scripps Research w La Jolla w Kalifornii (USA). Od 2014 r. jest także badaczem Instytutu Medycznego Howard Hughes.

Ardem Patapoutian wraz ze swoim zespołem zidentyfikował specyficzne receptory, które są w stanie rozpoznać te mechaniczne bodźce czuciowe i przekształcić je w impulsy nerwowe, które docierają do mózgu. To kanały jonowe Piezo1 i Piezo2 – wyspecjalizowane cząsteczki białek zlokalizowane w niektórych komórkach, zdolne do przekazywania sygnałów w odpowiedzi na bodźce mechaniczne w tym, dotyk/nacisk. Kanały te są aktywowane przez wywieranie ucisku na błony komórkowe, i to nie tylko poprzez skórę, taki sam proces zachodzi w organach wewnętrznych. Są więc niezbędne przy odczuwaniu dotyku, propriocepcji, interocepcji, regulują ważne procesy fizjologiczne, w tym napięcie ścian naczyń krwionośnych (regulacja ciśnienia krwi), oddech i kontrolę pęcherza moczowego, a także napięcie mięśniowe.

CIEPŁO, ZIMNO, BÓL

Drugi z laureatów tegorocznego medycznego Nobla, David Julius z Uniwersytetu Kalifornijskiego (USA), odkrył z kolei receptor, który reaguje na ciepło odczuwane jako bolesne. Do identyfikacji kanału jonowego TRPV1 użył kapsaicyny. Odkrycie to utorowało drogę do zidentyfikowania także innych receptorów temperatury (Julius i Patapoutian odkryli, niezależnie od siebie, receptor TRPM8, aktywujący się pod wpływem zimna). To dzięki tym receptorom inicjowane są impulsy nerwowe, a nasz mózg może je właściwie zinterpretować.

– Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii/medycyny za rok 2021 ponownie rzuciła światło na starą jak świat neuronaukę, czyli receptory, impulsy i sygnalizację. Odkrycia dotyczące tego, w jaki sposób specyficzne receptory przekształcają bodźce mechaniczne i cieplne w impulsy elektryczne, są nie tylko postępowe pod względem koncepcyjnym, ale także wyjaśniają „babciną” radę, o której wszyscy słyszeliśmy – o masażu i paście chili leczących bóle stawów – komentuje dr Ali Jawaid z Instytutu Biologii Doświadczalnej PAN.

PRZEŁOŻENIE KLINICZNE

W jaki sposób odkrycia Davida Juliusa i Ardema Patapoutiana mogą przysłużyć się medycynie klinicznej? Możliwości jest wiele, jak np. leczenie zaburzeń dotyku lub czucia narządów wewnętrznych, a także terapie nie tylko bólu ostrego, ale również przewlekłego. – Na pewno poznanie tych receptorów,

mechanizmu działania doznania temperatury i dotyku, będzie bardzo ważnym narzędziem w walce z czymś, co staje się coraz większym wyzwaniem dla współczesnej medycyny – chorób, które wiążą się z zaburzeniami czucia. Chociażby, nazywana już współcześnie epidemią, neuropatia cukrzycowa – podkreśla prof. Anna Kostera-Pruszczyk z Katedry i Kliniki Neurologii CSK UCK WUM.

Co więcej, jak zauważa prof. Grzegorz Basak z Katedry z Kliniki Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych CSK UCK WUM, tego typu odkrycia są często reakcją spustową dla kolejnych. – Początkowe odkrycie wymaga odpowiedniego dobrania metodyki, a zrozumienie danego mechanizmu najczęściej powoduje falę odkryć, na przykład innych receptorów, dzięki zastosowaniu podobnej metodyki, ale dotyczącej innych zjawisk – komentuje prof. Grzegorz Basak. ■

Źródło: NOBELPRIZE.ORG, „SCIENTIFIC AMERICAN”, WUM, PAN

Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny przyznaje się wyłącznie za konkretne osiągnięcia, a nie za całokształt działalności badawczej. Wyróżnienie jest wręczane od początku trwania konkursu, czyli od 1901 r. Dotychczas tym wyróżnieniem uhonorowano ponad 200 osób, w tym jednak zaledwie 12 kobiet. Najmłodszy nagrodzony miał 32 lata (Frederick G. Banting w 1923 r.).

KOMENTARZ



Prof. Tomasz Brzozowski
kierownik Katedry
Fizjologii UJ CM

Po raz kolejny doceniono odkrycia w zakresie nauk przedklinicznych.

Bardzo się z tego cieszę. Na tym etapie prowadzone są żmudne, trwające wiele lat badania, które niezbyt często prowadzą do sukcesu. Tegorocznymi noblistami i ich zespołami naukowymi włożyli mnóstwo pracy w dokonanie swoich odkryć. Teoretycznie proces termoregulacji i odczuwania mamy dobrze rozpoznany, a jednak pozostawało pytanie, gdzie ta droga się zaczyna. Jak temperatura i dotyk przekładają się na impuls nerwowy? Czy są specyficzne receptory aktywujące się pod

wpływem różnych temperatur czy ucisku? Dzięki Davidowi Juliusowi i Ardemowi Patapoutianowi wiemy, że tak jest.

David Julius wykorzystał ekstrakt z papryki – kapsaicynę do odkrycia kanału jonowego, który otwiera się pod wpływem ciepła odczuwanego jako ból. To dzięki niemu impulsy nerwowe otrzymują sygnał, który biegnie do mózgu, i odpowiednio nas o tym informuje. Z kolei Patapoutian zidentyfikował receptory aktywujące się pod wpływem dotyku. Co więcej, późniejsze badania in vivo przeprowadzane na myszach, które pozbawiono genów dla tych receptorów, potwierdziły to, co obserwowano podczas testów in vitro. Gryzonie nie odczuwały prawidłowo wrażeń dotykowych, miały napady bólowe, traciły orientację w przestrzeni, przestały odczuwać wibracje.

Odkrycia kalifornijskich badaczy mogą mieć konkretne implikacje kliniczne. Mam tu na myśli np. zrozumienie mechanizmów powstawania bólu przewlekłego w danych jednostkach chorobowych, a co za tym idzie – w przyszłości skuteczniejsze leczenie tego bólu. Być może otworzą się nowe możliwości terapeutyczne, odmienne od dziś stosowanych. To także ogromna szansa dla rozwoju neurologii. Oczywiście trzeba pamiętać, że to dopiero początek drogi. Uchyłono rąbek tajemnicy, ale jednak fundamentalny, który na pewno doprowadzi do kolejnych, istotnych dla medycyny odkryć.

Przy okazji jest mi miło wspomnieć, że w naszej Katedrze Fizjologii UJ CM również pracowaliśmy z kapsaicyną, dzięki której udowodnialiśmy, że poprzez aferentne nerwy czuciowe i uwalnianie z nich neuropeptydy możemy wpływać na funkcje ochronne niektórych hormonów i leków w rozwoju schorzeń indukowanych doświadczalnie w określonych narządach trzewnych. ■

Czas docenić reumatologię

Z prof. Włodzimierzem Samborskim, prezesem Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, rozmawia Lucyna Krysiak.

Co kryje się za określeniem „reumatyzm”?

Wszelkie dolegliwości ze strony układu ruchu. To około 200 jednostek chorobowych, wśród których najczęstszą jest choroba zwyrodnieniowa stawów. Dotyczy ona prawie każdej dorosłej osoby – choć jest kojarzona jako schorzenie starszych ludzi, to jednak może występować u wielu młodych osób, np. haluksy obserwuje się już u młodszych pacjentów i są one nie tylko efektem nefizjologicznych przeciążeń stóp, lecz po prostu zwyrodnień stawów śródstopno-palcowych palucha.

Jak traktować choroby reumatyczne o podłożu autoimmunologicznym?

Tych 200 jednostek chorobowych, kryjących się pod wspólnym nazewnictwem „reumatyzm”, dzieli się na 10 grup, wśród których rozgraniczamy choroby o podłożu zapalnym i niezapalnym. W grupie niezapalnych, których jest 90-95 proc., znajdują się zmiany zwyrodnieniowe stawów, gdzie u pacjenta w wynikach badań laboratoryjnych nie stwierdza się odchyleń od normy np. w zakresie wartości OB czy CRP. Z kolei te o podłożu zapalnym, których jest ok. 5 proc., powstają w wyniku zaburzeń układu odpornościowego. Często mówi się, że są to choroby autoimmunologiczne, chociaż to pojęcie bywa nadużywane, zwłaszcza kiedy lekarz innej specjalności niż reumatolog ma kłopot z postawieniem diagnozy i wówczas mówi pacjentowi, że występuje u niego jakaś choroba autoimmunologiczna.

Na przykład chorobą z tej grupy jest choroba Gravesa-Basedowa, ale jest ona narządowo swoista (dotyczy tarczycy), natomiast choroby autoimmunologiczne o podłożu reumatycznym są narządowo nieswoiste, ponieważ zapalenie dotyczy wszystkich narządów. Nie mamy danych epidemiologicznych na temat częstości ich występowania, ale porównując się z Wielką Brytanią, która jest zbliżona geograficznie do Polski, na reumatoidalne zapalenie stawów choruje ok. 1 proc. społeczeństwa. Inne, zapalne choroby reumatyczne, takie jak toczeń rumieniowaty układowy, twardzina układowa czy układowe zapalenia naczyń, występują rzadziej.

Czy pacjenci z chorobami o podłożu zapalnym są bardziej narażeni na ciężki przebieg COVID-19?

Logika wskazywałaby, że skoro choroby autoimmunologiczne wiążą się z zaburzeniem układu odpornościowego, to

Włączając pacjenta do programu lekowego, szpitale ponoszą ogromne obciążenia administracyjne, więc niechętnie je realizują, szczególnie placówki, u których kontrakt reumatologiczny stanowi niewielki wycinek budżetu.

tacy pacjenci powinni się łatwiej zakażać wirusem SARS-CoV-2 i ciężiej przechodzić COVID-19. Paradoksalnie jednak, dzięki temu, że zażywają leki, np. metotreksat, hydroksychlorochinę lub małe dawki sterydów, prawdopodobnie zakażenie koronawirusem przechodzą łagodniej. Zresztą niektóre z tych leków są rekomendowane w leczeniu COVID-19, szczególnie w pierwszej fazie przebiegu tej choroby. Także sterydy czy niektóre leki biologiczne tłumiące burzę cytokinową wymieniane są w strategii leczenia COVID-19, np. inhibitory interleukiny 6.

Należy szczepić tych chorych?

Polskie Towarzystwo Reumatologiczne było jednym z pierwszych, które zajęło jednoznaczne stanowisko w tej sprawie, dzięki czemu lekarze POZ i innych specjalności otrzymali jasny przekaz, że nasi pacjenci bez względu na rozpoznanie oraz realizowany plan leczenia powinni się szczepić. Będącym w trakcie leczenia sterydami czy metotreksatem, lekarze czasem zalecają korygowanie dawek w okresie okołoszczepieniowym, co nie jest błędem, ale zgodnie ze światowymi wytycznymi zalecenia te zawsze powinny być dostosowane do indywidualnej sytuacji pacjenta.

W jakim stopniu pandemia COVID-19 wpłynęła na kondycję reumatologii?

W znacznym, szczególnie jeśli chodzi o chorych z zapalnymi chorobami reumatycznymi, uczestniczącymi w programach lekowych. Jak wiadomo, leczenie biologiczne oraz wizyty monitorujące realizowane są w szpitalach. I tu pojawiał się problem, zwłaszcza w początkowej fazie pandemii, kiedy w obawie przed zakażeniem koronawirusem pacjenci nie zgłaszali się do szpitala w proponowanych terminach. Leczenie biologiczne to proces ciągły i jego zaburzenie naraża pacjenta na



Prof. Włodzimierz Samborski: – Gdyby, wzorem krajów zachodnich, do leczenia biologicznego włączano osoby z umiarkowaną aktywnością tych chorób, byłaby większa szansa na uniknięcie ich poważnych konsekwencji.

zaostrenie choroby, czasem trudne do opanowania w krótkim czasie. Obserwowaliśmy również rezygnację z zaplanowanych wizyt w poradniach reumatologicznych.

Od lat reumatologia ma problemy z zapewnieniem swoim pacjentom dostępu do wczesnej diagnostyki i innowacyjnych leków. Czy coś się zmieniło?

Teoretycznie tak, ponieważ PTR i konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii pracowali nad dostosowaniem zasad innowacyjnego leczenia biologicznego do standardów światowych i od maja tego roku zaczęły one obowiązywać. Dotąd mieliśmy do czynienia z sytuacją kuriozalną, gdyż nigdzie na świecie nie ma czegoś takiego jak programy lekowe. Na przykład w krajach ościennych reumatolog, jeśli ma pacjenta z aktywną postacią RZS, wymagającego terapii biologicznej, ustala plan leczenia i w sytuacji zgodności z zaleceniami EULAR go realizuje. W Polsce, aby móc podjąć leczenie, należało zakwalifikować pacjenta do programu lekowego, a z powodów administracyjnych po 18 miesiącach go z niego wyłączyć, choć przerwanie leczenia najczęściej powodowało zaostrenie objawów choroby i konieczność ponownego włączenia do programu. Te przepisy zostały zniesione, ale, póki co, zmiana ta nie przełożyła się na dostępność do leczenia biologicznego i innymi lekami innowacyjnymi.

W Polsce pojawiły się już tzw. biosymilary, pełniące podobną funkcję co leki biologiczne.

Biosymilary są znacznie tańsze od oryginalnych leków biologicznych i naszym marzeniem jest, aby przez ich stosowanie, a tym samym obniżenie kosztów terapii, leczyć większą liczbę chorych. Niestety, „zaoszczędzone” środki nie wracają do „reumatologii” i liczba leczonych pacjentów wciąż jest niezadowolająca. Problemem, którego także nie udaje mi się rozwiązać, jest opłacalność obsługi programów lekowych. Włączając pacjenta do programu lekowego, szpitale ponoszą ogromne obciążenia administracyjne, więc niechętnie je realizują, szczególnie placówki, w których kontrakt reumatologiczny stanowi niewielki wycinek budżetu.

To wszystko sprawia, że Polska jest zapóźniona w nowoczesnych terapiach. W krajach europejskich 10-20 proc. chorych na RZS otrzymuje leczenie biologiczne, a w Polsce zaledwie kilka procent.

Czy zapóźnienia te wynikają z niskich wycen świadczeń i tych nieszczęsnych programów lekowych, czy chodzi o coś więcej?

Trudno powiedzieć, ale rzeczywiście reumatologia jest często pomijana zarówno przy przyznawaniu dodatkowych środków na nowoczesne terapie jak i wprowadzaniu zmian systemowych usprawniających diagnostykę i leczenie. Namacalnym przykładem jest fakt, że wydając zalecenia dotyczące trzeciej dawki szczepionki przeciw COVID-19 dla chorych z chorobami autoimmunologicznymi znów ktoś zapomniał o reumatologii. To prawda, że nasi chorzy zwykle nie umierają na choroby o podłożu reumatycznym, ale żyją średnio 10 lat krócej, gdyż choroby te uszkadzają narządy wewnętrzne – nerki, serce, płuca, i funkcjonują w bólu, bo choroba ogranicza ich sprawność.

Jednym słowem prowadzą do inwalidztwa ruchowego. Jak spowolnić ten proces?

Ograniczanie niepełnosprawności jest możliwe właśnie dzięki lekom innowacyjnym – biologicznym i inhibitorom kinaz JAK – i od tego, jak szybko pacjent otrzyma takie leczenie. Włączenie do leczenia biologicznego odbywa się poprzez szpital, a na miejsce w szpitalu trzeba czekać. Aby tego uniknąć i skrócić kolejkę do leczenia, są potrzebne sprzyjające działania płatnika, np. poprzez wprowadzenie procedury jednodniowego pobytu w warunkach ambulatoryjnych w celu wykonania badań i kwalifikacji do tego rodzaju terapii. Ta procedura jest jednak niedoszacowana i tym samym nieopłacalna. Poza tym leczenie biologiczne w ramach programów lekowych jest skierowane do pacjentów z agresywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów, łuszczycowego zapalenia stawów czy zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa. Dlaczego tylko z agresywną postacią? Gdyby, wzorem krajów zachodnich, do leczenia biologicznego włączano osoby z umiarkowaną aktywnością tych chorób, byłaby większa szansa na uniknięcie ich poważnych konsekwencji.

Ilu mamy reumatologów i jakie są możliwości ich kształcenia?

Mamy 1200 specjalistów reumatologii, ale reumatologia nie jest specjalnością kochaną przez lekarzy kończących studia, więc miejsca specjalizacyjne często są niewykorzystane. PTR prowadzi Szkołę Młodych Reumatologów, organizując wykłady dla osób specjalizujących się w tej dziedzinie. Chcemy zachęcić lekarzy do pójścia tą drogą, jednak oni wiedzą, że jest ona wyboista.

Na całym świecie partnerem decydenta-płatnika są towarzystwa naukowe, w Polsce jest nim konsultant krajowy, który podlega Ministerstwu Zdrowia i z nim uzgadniane są priorytety postępowania. Zauważalne jest, że do towarzystw rzadko kieruje się pytania dotyczące wielu ważnych spraw odnośnie działania systemu opieki zdrowotnej, a jeśli już, to i tak często ich opinie nie są uwzględniane. A szkoda, bo właśnie towarzystwa naukowe są najbliższe najnowszym trendów w diagnozowaniu i leczeniu chorób i powinny uczestniczyć w ich wytyczaniu. ■

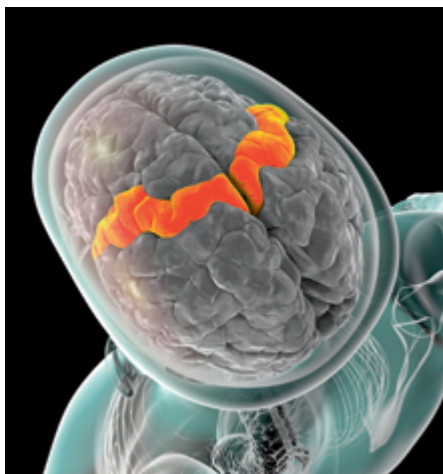
NAUKA W PIGUŁCE

Atlas komórek mózgu

Konsorcjum inicjatywy National Institutes of Health's Brain Research Through Advancing Innovative Neurotechnologies (BRAIN) przeprowadziło analizę milionów komórek ludzi, marmozet i myszy pobranych z obszaru mózgu odpowiedzialnego za koordynację.

17 badań, które ukazały się na początku października w czasopiśmie „Nature”, to wynik pięciu lat pracy ogromnego zespołu naukowców wspieranych przez inicjatywę BRAIN. Jest to pierwszy krok w długoterminowym projekcie mającym na celu wygenerowanie atlasu całego mózgu. Naukowcy chcą zrozumieć, w jaki sposób sieci neuronowe w głowie człowieka kontrolują jego ciało i umysł oraz jak są zaburzone w przypadku pojawienia się problemów psychicznych i fizycznych. Dzięki zestawieniu cech genetycznych komórek, ich kształtów, lokalizacji i wzorców aktywności elektrycznej udało się zidentyfikować w ludzkim mózgu ponad 100 typów komórek.

– Jednym z naszych wielu ograniczeń w opracowywaniu skutecznych terapii zaburzeń ludzkiego mózgu jest to, że po prostu nie wiemy wystarczająco dużo o tym, na które komórki i połączenia wpływa konkretna choroba, a zatem nie możemy precyzyjnie określić, co i gdzie musimy celować – mówi John Ngai, który kierował działaniami UC Berkeley's Brain Initiative. – Szczegółowe informacje o typach komórek tworzących mózg i ich właściwościach ostatecznie umożliwią opracowanie nowych terapii chorób neurologicznych i neuropsychiatrycznych – dodaje Ngai, który jest jednym



z 13 autorów korespondencyjnych artykułu, opracowanego przez ponad 250 współautorów.

Z kolei Initiative Cell Census Network (BICCN), program o wartości 250 mln dolarów, który rozpoczął się w 2017 r., ma być dopasowany do rzeczywistych właściwości neuronów. To oznacza, że prowadzone dotychczas badania wykorzystujące sekwencjonowanie genomowe do określenia typów komórek, to nie wszystko. Trzeba też wiedzieć, gdzie dane komórki się znajdują, z jakimi innymi komórkami sąsiadują, w jakie wchodzi interakcje. Aby skutecznie zebrać takie informacje, współpracownicy BICCN postanowili skupić się na jednym regionie mózgu: pasie tkanki w górnej jego części, czyli na tzw. pierwszorzędowej korze ruchowej, która koordynuje ruchy mięśni. ■

Źródło: sciencedaily.com

Czy intensywne ćwiczenia zwiększają ryzyko ALS?

Wśród neurologów toczy się debata, czy intensywna aktywność fizyczna jest czynnikiem ryzyka stwardnienia zanikowego bocznego (ALS). Nowe badanie opublikowane w internetowym wydaniu „Neurology”, czasopisma medycznego Amerykańskiej Akademii Neurologii (20.10.2021), sugeruje, że wszystko zależy od tego, czy intensywna aktywność, którą się wykonuje przez całe życie, ma miejsce w pracy czy w czasie wolnym. ■

Źródło: eureka alert.org

Stosowanie terapii daremnej – wyraż swoją opinię!

Zapraszam lekarzy wszystkich specjalności do wypełnienia online krótkiej ankiety na temat stosowania terapii daremnej w medycynie. Pytania zostały przygotowane we współpracy z prof. Ewą Kucewicz-Czech oraz Katedrą Epidemiologii SUM w Katowicach. Ze względu na wagę i złożoność problemu, chcemy dotrzeć do jak najszerszego grona lekarzy w całym kraju. Temat jest niezwykle ważny, dlatego każda opinia jest dla nas ogromnie cenna.

*Z wyrazami szacunku
dr n. med. Maria Damps, specjalistka
anestezjologii i intensywnej terapii,
przewodnicząca Sekcji Etyki Polskiego
Towarzystwa Anestezjologii
i Intensywnej Terapii*



Link do ankiety:
<http://terapia.naukowy.pl>

Jest szansa na nowatorskie leczenie SpA

Naukowcy z Instytutu Schroedera Arthritis, będącego częścią University Health Network (UHN) w Toronto, dokonali odkrycia, które może doprowadzić do opracowania nowych metod leczenia spondyloartropatii osiowej. Wyniki badań opublikowali w czasopiśmie „Science Translational Medicine”. Badacze odkryli, że bloker MIF, zwany MIF098, skutecznie zapobiegał i ograniczał początek choroby oraz rozwój SpA w modelu przedklinicznym. Zespół skupi się teraz na testowaniu potencjału innych terapii ukierunkowanych na MIF. ■

Źródło: www.science.org

W PIGUŁCE

Pandemia – co dalej?

W październiku potwierdzono ok. 13 mln nowych przypadków zakażeń wirusem SARS-CoV-2 na całym świecie. W tym czasie z powodu COVID-19 zmarło ok. 200 tys. osób. Średnio globalnie przybywało ok. 400-470 tys. zakażonych każdego dnia. Sytuacja nieco poprawiła się w stosunku do poprzedniego miesiąca, choć oczywiście w poszczególnych krajach jest różna.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, od początku wybuchu pandemii do 25 października br. potwierdzono w sumie ok. 245 mln zakażeń SARS-CoV-2 (z czego 18 mln

to przypadki aktywne) i niemal 5 mln zgonów z powodu COVID-19. W październiku wyjątkowo trudna sytuacja była min. w Australii, Singapurze, Rosji, Białorusi, na Ukrainie, w Mołdawii, Rumunii, Bułgarii – te kraje notowały u siebie dziennie rekordy przypadków zakażeń koronawirusem od początku wybuchu pandemii. Coraz więcej zakażeń pojawia się także w innych europejskich krajach.

Liderem pod względem liczby potwierdzonych przypadków zakażeń SARS-CoV-2 od początku wybuchu pandemii pozostaje USA (ponad 46 mln – wzrost o 2 mln w październiku, o połowę mniej niż we wrześniu). Na drugim miejscu są Indie (34,2 mln, kolejny spokojny miesiąc

od wiosennego kryzysu), a na trzecim – Brazylia (21,7 mln). Kolejne kraje z największą liczbą potwierdzonych przypadków zakażeń od początku kryzysu wywołanego wirusem SARS-CoV-2 to: Wielka Brytania (8,8 mln, niestety aż ponad milion nowych przypadków w październiku), Rosja (8,3 mln, podobna sytuacja co w UK).

Według oficjalnych statystyk dotychczas z powodu COVID-19 najwięcej osób zmarło w USA (ponad 757 tys.), Brazylii (600 tys.), Indiach (455 tys.), Meksyku (ok. 286 tys.) i Rosji (231 tys.). W Polsce dotychczas potwierdzono ok. 3 mln zakażeń koronawirusem, a ponad 76,5 tys. osób zmarło z powodu COVID-19. ■

Źródło: WWW.WORLDOMETERS.INFO, REUTERS

COVID-19 zabiera życie medykom



Według najnowszych szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) od stycznia 2020 r. do maja 2021 r. mogło umrzeć z powodu COVID-19 od 80 tys. do nawet 180 tys. pracowników ochrony zdrowia i opieki na całym świecie. Organizacja wzywa do zapewnienia lepszej ochrony medykom i pracownikom opieki przed wirusem SARS-COV-2, ale też przed innymi problemami zdrowotnymi. WHO zwraca uwagę, że z powodu pandemii wiele osób z sektora zdrowotnego cierpi na wypalenie zawodowe, stres, stany lękowe i przemęczenie.

Organizacja apeluje też, by rządy wszystkich państw ulepszały system

monitorowania i zgłaszania zakażeń koronawirusem oraz zgonów spowodowanych COVID-19 wśród medyków i pracowników opieki. W wydanym oświadczeniu zwraca się też uwagę na zapewnienie pracownikom związanym z sektorem zdrowotnym priorytetowego dostępu do szczepionek przeciw COVID-19. Według danych WHO do września br. średnio na świecie tylko dwóch na pięciu medyków i pracowników socjalnych było w pełni zaszczepionych (duże różnice w zależności od statusu ekonomicznego poszczególnych krajów, tylko 1/10 w Afryce). ■

Źródło: WHO

Kilka minut dla pacjenta



Na wizytę lekarską w Seoul National University Hospital (SNUH) – jednym z trzech najpopularniejszych szpitali działających w stolicy Korei Południowej – pacjenci czekają średnio godzinę, a sama konsultacja trwa nieco ponad 4 minuty, a u kardiologa i endokrynologa jeszcze krócej – wynika z danych zebranych przez tę placówkę w okresie od stycznia do sierpnia tego roku.

Jak wyjaśnia Shin Hyun-young, lekarka medycyny rodzinnej z Partii Demokratycznej Korei, duże szpitale przyciągają rzesze pacjentów z całego kraju, ponieważ obywatele niezbyt ufają lokalnym klinikom. Nie zniechęca ich nawet wielomiesięczne oczekiwanie na wizytę. Efekt jest taki, że lekarze dużych szpitali zlokalizowanych w największych miastach przyjmują dziennie około 100 pacjentów, nie mając nawet czasu na przerwę na lunch. ■

Źródło: „The Korea Times”

Nowi szefowie WMA



Dr Heidi Stensmyren, szefowa Swedish Medical Association, przejęła przewodnictwo w Światowym Stowarzyszeniu Lekarzy (World Medical Association) na kadencję 2021-2022, zostając tym samym 72. prezydentem tej organizacji. Dotychczas tę funkcję pełnił dr David Barbe z USA. Prezydentem-elektem WMA został dr Osahon Enabulele, Przejmie on prezydenturę od Szwedki jesienią przyszłego roku.



Osahon Enabulele jest obecnie szefem Commonwealth Medical Association, w przeszłości kierował Nigerian Medical Association. O jego wyborze na prezydenta-elekta zdecydowało Zgromadzenie ogólne WMA podczas corocznego spotkania, które odbyło się w połowie października (z powodu pandemii COVID-19 online).

Źródło: WMA

PANDEMIA COVID-19



Marta Jakubiak
redaktor naczelna

Gdy chwieją się fundamenty

Z dr. Jackiem Siewierą, polskim oficerem, lekarzem i prawnikiem, który podczas pandemii COVID-19 wiosną 2020 r. był dowódcą Polskiej Wojskowo-Cywilnej Misji Medycznej w Lombardii, a także Polskiej Wojskowej Misji Medycznej do USA, rozmawia Marta Jakubiak.

Dlaczego w tym pierwszym etapie pandemii pojechaliście do północnych Włoch?

Dziś pandemia SARS-CoV-2 przeciętnemu obywatelowi kojarzy się z nużącą koniecznością noszenia maski i przewlekłą dyskusją o szczepieniach. Nieliczni pamiętają atmosferę, jaka panowała w marcu 2020 r. Gdy wiele się dzieje, szybko zapominamy.

To był okres, kiedy zamknięto granice państw i przestrzeń powietrzną nad całą Europą. Zrywano łańcuchy dostaw większości towarów, które mogły służyć zwalczaniu epidemii. W Polsce do sklepów ustawiały się kolejki po ryż i konserwy, a w Stanach Zjednoczonych projektowano linie przemysłowe do uzdatniania jednorazowych masek. Łatwość, z jaką dziś zmieniamy maski, w niczym nie przypomina Europy z tamtych dni. Gdy pojawiły się pierwsze doniesienia, że system ochrony zdrowia we Włoszech ulega załamaniu, w Wojskowym Instytucie Medycznym na Szaserów już trwały prace nad przygotowaniem misji medycznej. Tak jak to przebiega w wojsku. Pamiętam jak dziś moment, gdy pisałem wniosek z prośbą o skierowanie nas do wykonywania działań o charakterze humanitarnym, ukierunkowanym na zrozumienie natury zagrożenia SARS-CoV-2 (wówczas choroba nie miała jeszcze swojej oficjalnej nazwy COVID-19) i udzielenie wsparcia naszemu sojusznikowi w ramach Organizacji Paktu Północnoatlantyckiego.

Co zastaliście na miejscu?

Kiedy z Bergamo przyjechaliśmy do Brescii, szpital – ku naszemu zdumieniu – zdawał się być zupełnie opustoszały. O dramacie, jaki rozgrywał się kilkanaście godzin wcześniej w napierającym tłumie, świadczyły tylko bramki i barierki porządkowe – identyczne jak te stosowane przez policję do zabezpieczenia zamieszek i demonstracji, które poustawiane były na wewnętrznych korytarzach szpitala. Na SOR-ze nie było ani jednej osoby, nawet personelu. Jeździły jedynie wózki do przewożenia zwłok, spięte „trytytkami”, żeby dwóch salowych mogło ciągnąć ich jednocześnie pięć, sześć. To zmniejszało narażenie personelu i zużycie środków ochrony. Zwłoki wywożono wojskowymi ciężarówkami. W Polsce nikt z nas nigdy takiego obrazka nie widział, tam od takich



Dr Jacek Siewiera: – Nasza praca polegała na tym, by zrozumieć skalę zagrożenia, zanim trafi do Polski.

widoków zaczynaliśmy dzień. Na przestrzeni dwóch miesięcy na COVID-19 zmarło tam 200 lekarzy. Łatwo policzyć: to trzy zgony lekarskie dziennie. Na codziennych odprawach sztabu kryzysowego zobaczyliśmy, że w ciągu siedmiu dni stopniowo zmieniał się jego skład. Każdego dnia ubywało kogoś spośród tych kierowników klinik, z którymi wcześniej podejmowaliśmy ustalenia. Byli chorzy lub umierali. Tego, co zobaczyliśmy i przeżyliśmy w Lombardii, nie da się zapomnieć.

Obawialiście się o własne zdrowie i życie?

Tylko głupiec się nie boi. W tamtym czasie informacje o SARS-CoV-2 pochodziły z Chin oraz Iranu. Trudno te dwie lokalizacje uznać za wyczerpujące źródło wiarygodnej wiedzy. Nasza praca polegała na tym, by zrozumieć skalę zagrożenia, zanim trafi do Polski. Mieliśmy udać się tam, skąd inni uciekali. Lęk był uzasadniony. Na szczęście nikt nie zachorował. Trzymaliśmy żelazny reżim sanitarny, do tego stopnia, że we

wskazanym hotelu zajęliśmy dwa ostatnie piętra, odcięliśmy je z użycia osób postronnych, a docieraliśmy na nie oddzielnym szlakiem komunikacyjnym. Każdorazowe opuszczenie strefy bezpiecznej, izolowanej służami, wiązało się z zastosowaniem środków ochrony barierowej FFP3. Nawet wyjście do wind czy na zewnątrz budynku. Maski były zmieniane na komendę. Zadania podzielone były na trzy zmiany pracujące w cyklach ośmiogodzinnych. Pierwsza odpowiedzialna była za habitat – to w naszym żargonie część środowiska, która jest bezpieczna. Tam można było się poruszać w ubraniach cywilnych. Druga zmiana pracowała osiem godzin w szpitalu, na stworzonym przez nas oddziale intensywnej terapii. W tym czasie trzecia miała obowiązek snu i regeneracji.

Załoga habitatu przygotowywała odzież tym, którzy wracali. W służbie pierwszej zdejmowali ubrania, które poddawano dezynfekcji, naświetlaniu UV, oddziaływaniu specjalnych czynników dekontaminacyjnych. Brali prysznic w następnej części grodzi i dopiero za trzecią służą przechodzili do strefy czystej. Wówczas nikt z nas nie wiedział, z czym mamy do czynienia, więc metody, jakie stosowaliśmy, mocno odbiegały od tych, które stosujemy dziś. Nasze działania oceniane były trochę „na wyrost” i budziły wśród Włochów konsternację. Ostatecznie jednak zostały docenione i uznane za dowód profesjonalizmu zespołu. Doświadczenia włoskie były niezwykle cenne, nie tylko te kliniczne, ale też organizacyjne.

Czy te obrazy medialne, które widzieliśmy, oddawały skalę pandemii?

Włosi żyją wielopokoleniowo. Najczęściej epidemię znosili seniorzy. Już wówczas było wiadomo, że COVID-19 to choroba niebezpieczna. Rodziny przywoziły na szpitalne oddziały ratunkowe swoich bliskich. Wiedzieli, że sami narażają tym życie. Im dłużej czekali, tym bardziej rosła nerwowość. Lekarz schodził raz na dwanaście godzin i dokonywał selekcji, decydował, kto ma największe szanse i otrzyma miejsce z respiratorem. Włosi są znani ze swojej ekspresyjności, więc proszę sobie wyobrazić, co robi 200 osób na SOR-ze, z których część ma poczucie, że się dusi, a część boi o życie najbliższej osoby i swoje własne. Rozpoczyna się walka o przetrwanie.

W mediach ogromnie wielu rzeczy nie widzieliśmy. Przecież tam były blokady wojskowe jak w żadnym innym kraju. Lombardia była regionem zamkniętym. Wojsko prowadziło kontrolę zarówno meldunku, jak i przemieszczania się. Media wiedziały tyle, ile dziś wiedzą o tym, co dzieje się na wschodniej granicy Polski.

Jakie było wasze zadanie?

Misja składała się z komponentu medycznego i rozpoznawczego. Mieliśmy zrozumieć, z czym mamy do czynienia, czym jest pandemia i jakie wywiera skutki w systemie ochrony zdrowia i administracji państwa. Komponent medyczny prowadził leczenie w „Polskim Oddziale Intensywnej Terapii” stworzonym tymczasowo w szpitalu w Bresci. Ten drugi miał na celu nie tylko ustalenie, jak funkcjonuje szpital i zorganizowana jest ochrona zdrowia, ale również jak należy reagować na poziomie zarządzania transportem, izolacją pacjentów czy zasadami budowania szpitali tymczasowych.

Dzięki temu doświadczeniu pierwsze projekty szpitali tymczasowych tworzonych na koncepcji modułowej z możliwością utrzymania stref przepływu powietrza, gradientowego

układu ciśnień czy właściwej izolacji i zapewnienia bezpieczeństwa personelowi stworzyliśmy już w maju 2020 r. w Wojskowym Instytucie Medycznym. Wówczas pierwsza fala pandemii potraktowała nas łagodnie, więc inicjatywy budowania szpitali tymczasowych brzmiały ekscentrycznie. Jednak widząc to, co działo się w północnych Włoszech, nie mieliśmy wątpliwości, że należy to robić, że sytuacja może się rozwinąć, nie tylko w kontekście medycznym, ale również bezpieczeństwa państwa. To był jeden z podstawowych wniosków, które wyciągnęliśmy z doświadczeń w Lombardii. Pandemia może zachwiać fundamentami bezpieczeństwa państwa.

Co o tym świadczyło najbardziej?

W północnych Włoszech doszło do buntu w więzieniach. Kiedy wśród osadzonych pojawiły się pierwsze zakażenia od osób odwiedzających, narastał lęk. Najpierw doszło do aktów agresji, później do sterroryzowania personelu więzienia, służby penitencjarnej, zajęcia kolejnych stref, następnie placu, wyjścia na dachy. Tego media nie pokazywały. Doszło do zamieszek i podpałów. To, co można było znaleźć w doniesieniach medialnych, to jedynie odnotowanie faktu, że np. w wyniku zamieszek sześciu więźniów straciło życie. Zgodnie z organizacją systemu penitencjarnego osadzeni na północy Włoch często pochodzą z południa. Część z nich to osoby odbywające wieloletnie wyroki pozbawienia wolności za udział w zorganizowanych grupach przestępczych. Proszę więc sobie wyobrazić, co w marcu, w górach może robić 50 więźniów, którzy uciekli, nie mając żadnych środków do życia, a sklepy i hotele są zabite deskami w rejonie zamkniętym przez wojsko.

Chaos.

Tak, pandemia koronawirusa może zachwiać strukturami państwa, fundamentami jego bezpieczeństwa. To był jeden z podstawowych wniosków, które przygotowaliśmy i które są dostępne na stronach WIM.

Jak te doświadczenia przełożyły się na zorganizowanie opieki nad pacjentami w Polsce?

Sytuacja Włochów była zupełnie inna niż nasza. W Polsce mieliśmy bardzo mało środków ochrony indywidualnej, Włosi nie mieli ich wcale. Tam za karton masek można było załatwić transport ciężarowy z miasta do miasta.

Wiedza dotycząca sposobów leczenia, którą przywieźliśmy, raczej nie wносиła wiele sceptycyzmu w skuteczność stosowania leczenia przyczynowego przeciw COVID-19. Głównie informowaliśmy, że należy dystansować się do informacji o skuteczności jakiegokolwiek nowego zastosowania leku. Więcej wniosły doświadczenia związane z organizacją działań. W swoich raportach mówiliśmy o konieczności tworzenia szpitali tymczasowych, zasadach ich przestrzoności i prawidłowej wentylacji. W maju 2020 r. mieliśmy już przygotowane plany zorganizowania w pełni profesjonalnych szpitali modułowych. Według tego projektu powstał tymczasowy obiekt na terenie szpitala przy ul. Szaserów w Warszawie, gdzie możliwa jest pełna eskalacja leczenia. W najtrudniejszym okresie było tu prowadzonych kilka stanowisk z krążeniem pozaustrojowym. Ten szpital modułowy działa nadal, jest w pełni przygotowany i operacyjny.

Co jest istotą tego typu szpitali?

To obiekty zbudowane na bazie modułu, czyli takiej struktury



Spotkanie w Pentagonie i praca w szpitalu w Brescii.

Dr Jacek Siewiera: – Do warunków amerykańskich zaadaptowałem to, co widziałem we Włoszech, i przedstawiłem na jednym ze spotkań.

architektonicznej, która daje możliwość fizycznej obserwacji pacjentów, nie tylko z użyciem technologii i monitorowania medycznego. Na końcu korytarza z roztawionymi po bokach łózkami znajduje się dyżurka pielęgniarska, która musi mieć na tyle szerokie przeszklenie, żeby można było widzieć wszystkich chorych tak, by każdy, kto podniesie rękę, natychmiast był zauważony przez pielęgniarkę. Moduł zakłada również możliwość zdublowania stanowisk. Niestety, większość szpitali tymczasowych została zbudowana z jednym dostępem do źródła tlenu. W standardzie intensywnej terapii COVID-19 dwa sloty na tlen na każde łóżko zapewniają bezpieczną intubację – możliwość skalibrowania respiratora na prawym slocie i prowadzenie przepływowej wentylacji donosowej na lewym. W praktyce efekt był taki, że pojawiały się ogromne kłopoty w przypadku konieczności zaintubowania pacjentów na HFNC, czyli High Flow Nasal Cannula – wysokoprzepływowej terapii donosowej. To zawsze jest trudne, bo chorzy mają przesuszane, popękane śluzówki, więc intubuje się po suchych drogach oddechowych. W przypadku niektórych odstawienie HFNC może skutkować gwałtownym spadkiem saturacji, jak więc skalibrować respirator, skoro brakuje drugiego slotu tlenowego w pobliżu?

Modułowość umożliwia też dublowanie stanowisk i podwojenia liczby łóżek. To ważna funkcja przy organizowaniu modułowego szpitala tymczasowego.

Jakie błędy w tamtym czasie popełniane były najczęściej?

Dziś wiemy, że organizując jakąkolwiek odpowiedź przeciwko COVID-19, należy znacznie poważniej potraktować koordynację łóżek covidowych intensywnej terapii wewnątrz szpitala oraz w systemie. To coś, co w USA nazywa się centrum transferów medycznych czy medical transfer center – działających w oparciu o centra zarządzania na poziomie szpitala, hrabstwa, stanu, miasta, w których w czasie rzeczywistym zgłaszane są przez personel niemedyczny wolne łóżka, a zajęte świecą się na czerwono.

Jednym z największych problemów była na pewno komunikacja dotycząca stanu pacjentów i zajętości łóżek covidowych w szpitalach. Ci, którzy odyskiwali wydolność oddechową i ich stan kliniczny nie wymagał hospitalizacji, ale mieli dodatni wynik PCR, wciąż zajmowali łóżka szpitalne. Najdłużej

hospitalizowany pacjent z dodatnim testem, o którym słyszałem, spędził w szpitalu pięć tygodni. I nawet nie chodzi tu o zajętość łóżka, ale o absorbowanie personelu, którego i tak jest za mało. To zmniejsza efektywność systemu dla pacjentów, którzy naprawdę potrzebują pomocy. Jednym z największych mankamentów, które jako intensywiści identyfikuję dzisiaj, jest właśnie ten związany z przekierowywaniem opieki na pacjentów naprawdę wymagających intensywnego nadzoru.

Na pewno COVID-19 otworzy na świecie dyskusję o przyszłości intensywnej terapii – czy to w formie oddzielnej specjalizacji szczegółowej dla innych specjalności, czy kształcenia tzw. umiejętności u lekarzy innych specjalności tak, by mogli realizować tzw. progressive care. Dyskusja na ten temat na pewno wybrzmi.

Brał pan udział także w misji w Stanach Zjednoczonych. Dlaczego tam pojechaliście?

Uzgodnienie zapadło na poziomie głów państw z inicjatywy strony amerykańskiej, czyli wówczas prezydenta Donalda Trumpa i prezydenta Andrzeja Dudy. W dwustronnej rozmowie uzgodniono wysłanie do USA zespołu, który pełnił służbę w Lombardii. W skład zespołu weszli tacy specjaliści jak płk. dr Robert Ryczek czy dr Jakub Klimkiewicz, dołączył do nas także prof. Mirosław Czuczwar. Pełniliśmy misję wymiany doświadczeń na poziomie centrów zarządzania i koordynacji, a także w kilkunastu szpitalach w okresie szczytu zachorowań pierwszej fali COVID-19 w USA.

Czym różniła się ta misja od włoskiej?

Amerykanie mają zupełnie inne podejście do medycyny. To system kontraktowy, z dużym zapleczem medycznym i ogromnymi nakładami na ochronę zdrowia. Podam przykład: kiedy agencja federalna zaczęła płacić za pacjenta covidowego, prywatne firmy przekształcały na potrzeby leczenia opuszczone budynki hoteli i szpitali; było to dość łatwe, bo dominującym modelem są tam sale jednołóżkowe. Działania te realizowane były niezależnie od skierowania okrętów medycznych do Nowego Jorku czy budowy masowych izolatorów w centrach wystawienniczych. Od samego początku uprzedzaliśmy Amerykanów, że poza organizacją strony medycznej, szczególnej

uwagi wymaga zapewnienie bezpieczeństwa, bo pandemia jest czynnikiem destabilizującym struktury państwa. Miałem zaszczyt uczestnictwa w briefingu realizowanym przez Pentagon i poświęconym pandemii COVID-19.

Do warunków amerykańskich zaadaptowałem to, co widziałem we Włoszech, i przedstawiłem na jednym ze spotkań. Rozważaliśmy różne scenariusze. Co może się zdarzyć, kiedy obywatele Stanów Zjednoczonych, którzy mają powszechny dostęp do broni, cenią dane im wolności i są zróżnicowani etnicznie, będą dwanaście godzin czekać na lekarza i kiedy cztery razy z rzędu respirator trafi do „białego” obywatela, a czarnoskórzy będą w tym czasie umierać? Ten scenariusz został odczytany jako obawy i działania na wyrost, trochę tak jak na początku maja 2020 r. pomysł tworzenia szpitali modułowych w Polsce. Późniejszy bieg zdarzeń pokazał jednak, że był możliwy. Samochody płonęły na ulicach, a dalszy bieg zdarzeń po zabójstwie George’a Floyd’a w Minneapolis przeszedł najczarniejsze wyobrażenia. Obawy polskiego oficera znalazły potwierdzenie w życiu.

Jak wspomina pan wizytę w Gabinetie Ovalnym?

O zaproszeniu dowiedziałem się, gdy moja żona miała zacząć rodzić. Moja córka przyszła na świat właśnie w trakcie wizyty w Białym Domu. To wyjątkowe dla mnie chwile. Po spotkaniu z prezydentem, w Ogrodzie Różanym, usłyszeliśmy podziękowania i słowa uznania za naszą obecność. Mogę się jedynie domyślać, że byliśmy jednymi z pierwszych, którzy przewidywali, co pandemia może przynieść, poza rzeszą chorych na COVID-19. Co prawda to akurat mnie przypadł zaszczyt udziału w wizycie w Białym Domu, ale wszyscy członkowie zespołu zostali odznaczeni przez amerykańską administrację Wojskowymi Medalami Zasługi Stanu Illinois. Co

więcej, w październiku w Polsce także odebrali odznaczenie Ministerstwa Spraw Zagranicznych „Bene Merito” – za zasługi dla budowania pozycji międzynarodowej Rzeczypospolitej, a w grudniu 2020 – Krzyże Zasługi za Dzielność nadane przez Prezydenta Rzeczypospolitej.

Gdzie sytuacja była trudniejsza – we Włoszech czy w USA?

Zdecydowanie we Włoszech. Włosi naprawdę bohatersko stawiali czoła czemuś, czego nikt na świecie nie znał. Byli pierwsi. Wirus dotarł prosto z Chin w samo centrum ich kraju. Każdego roku w połowie marca na karnawał do Wenecji przylatują dziesiątki tysięcy Chińczyków z największych ośrodków, m.in. z Wuhan. To, jaką walkę stoczyło to społeczeństwo, i jakim heroizmem wykazali się Włosi, budzi wielki podziw. Widziałem lekarza rodzinnego, który miał 75 lat i na ochotnika zgłosił się do pracy w szpitalu. Jako oficer najwyższym szankiem darzę wszystkich tych lekarzy, których spotkałem w Lombardii, a zwłaszcza lekarzy rodzinnych. Nigdy wcześniej ani później nie spotkałem się z taką postawą w Polsce.

Jak te doświadczenia wpłynęły na pana jako człowieka i lekarza?

Nie potrafię powiedzieć. To bardzo osobiste pytanie. Mam głębokie przekonanie, że doświadczenie całego zeszłego roku, najbardziej szalonego roku w moim życiu, kiedy robiłem rzeczy naprawdę ważne, pozostawiło we mnie ślad, który być może zostanie po mnie, kiedy mnie już nie będzie. To, jak pandemia zmieniła mnie, jako człowieka, będę mógł ocenić dopiero za jakiś czas, może nawet po wielu latach. Wiem jedno, pełniąc w tym czasie służbę w Wojskowym Instytucie Medycznym, braliśmy udział w czymś naprawdę niezwykłym. ■



STANDARDY W PATOMORFOLOGII – SZKOLENIA



Ruszyły szkolenia online z zakresu standardów organizacyjnych i akredytacyjnych w patomorfologii. Są one adresowane do pracowników podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w zakresie patomorfologii oraz pracowników podmiotów leczniczych korzystających z badań patomorfologicznych. Liderem projektu jest Ministerstwo Zdrowia.

Szkolenia prowadzą: prof. Andrzej Marszałek, prof. Renata Langfort oraz prof. Janusz Ryś. W trakcie bezpłatnego jednodniowego spotkania są omawiane następujące zagadnienia: rola badań patomorfologicznych w kompleksowej opiece nad pacjentem, badanie patomorfologiczne od A do Z, kontrola jakości i koszty w badaniu patomorfologicznym. Szczegółowe informacje oraz formularz rejestracyjny znajdują się na stronie internetowej: www.standardywpatomorfologii.pl.

Szkolenia są realizowane w ramach projektu „Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi” współfinansowanego ze środków UE. Zostały one objęte patronatem honorowym prezesa NRL, a „Gazeta Lekarska” jest ich patronem medialnym.



O GŁOSIE MEDYCZNIE I ARTYSTYCZNIE

Startuje pierwsza w Polsce Platforma elektroniczna ROZGŁOS popularyzująca wiedzę na temat ludzkiego głosu w aspekcie medyczno-artystycznym (www.erozglos.pl).

W ramach projektu zostaną udostępnione 23 wykłady i warsztaty na temat ludzkiego głosu (11 wydarzeń będzie dostępnych w streamingu), m.in. na temat, jak śpiew wpływa na nasz organizm, jak geny wpływają na nasz głos i co jeść, aby głos był zawsze zdrowy. Będą one dostępne na stałe na platformie Rozgłos, a także na Facebooku i na Youtube.

Pomysłodawcą i koordynatorem merytorycznym inicjatywy jest dr hab. n. med. Ewelina Sielska-Badurek, lekarz specjalista audiolog foniatra z Kliniki Otorynolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, mgr sztuki w zakresie śpiewu solowego. „Gazeta Lekarska” została patronem medialnym platformy.

REKLAMA

Dlaczego jest tak, jak jest



Stawomir Badurek

diabetolog,
publicysta medyczny

Wsluchajac się w dobiegające zewsząd narzekania na nasz system opieki zdrowotnej, wręcz nie sposób wątpić, że jest on zorganizowany i działa niejako wbrew społecznej woli. Cóż, pozory i tym razem myślą. Zdaję sobie sprawę, że stoję w kontrze do mocno zakorzenionej obiegowej opinii, ale jako doświadczony klinicysta nie mam problemu ze stawianiem diagnoz wbrew poglądom ulicy.

Zacznę swój wywód od pewnej historyjki, którą opowiedział mi w oczekiwaniu na szpitalną windę kolega ortopeda. Uczestniczył on niedawno w imprezie imieninowej swojej mamy. Przy stole zebrało się kilka koleżanek starszej pani, także w pięknym wieku. **Panie bardzo zaniepokoił fakt, że w Toruniu właśnie zamknięto ostatni w mieście oddział neurologii.** Tym samym, licząc powiat, gdzie oddziału tego profilu nigdy nie było, 300 tys. ludzi zostało pozbawionych możliwości leczenia udaru w pobliżu miejsca zamieszkania. Nie muszę oczywiście czytelnikom naszej gazety wyjaśniać, co oznacza zwłoka (nomen omen) w leczeniu udaru. Wspomnianym starszym paniom też tego nie trzeba było tłumaczyć, bo zaczęły one wypytывать mojego kolegę, co my, lekarze, z tym problemem robimy. Kolega powiedział zgodnie z prawdą, że nic, bo de facto nic tu od nas nie zależy, a poza tym jesteśmy wyłącznie trybikami w maszynie zajętymi wykonywaniem swoich zadań. Zaraz przy tym stwierdził, zwracając się do szanownych seniorek, że one jak najbardziej mogłyby coś z tym zrobić. – My? – tu proszę sobie wyobrazić wielkie zdziwienie malujące się na twarzach starszych pań. – Oczywiście – kontynuował kolega. – Mogłybyście panie na przykład odwiedzić biura parlamentarzystów, zainteresować tematem dziennikarzy, także tych spoza Torunia. To mogłoby przynieść efekt – radził.

Otóż to! Jesteśmy mistrzami świata w narzekaniu, ale żeby coś usprawnić, choćby wywierając presję na tych, którzy mogą to zrobić, to już nie my. Niech tacy czy inni oni naprawiają, ale nie my. Jest to w mojej ocenie pozostałość po słusznym minionym ustroju, kiedy to, oprócz narzekania, najlepiej szeptem i we własnych czterech ścianach, lepiej było się nie wychylać. Cecha ta okazała się dziedziczna i to w sposób dominujący z silną penetracją. Dostrzegam ją bowiem także w postpeerelowskich pokoleniach. Z tą różnicą, że młodzi lubią anonimowo wylewać swoje żale w internecie, wykazując się przy tym niezwykłą zajadłością, często w skojarzeniu z chamstwem.

Proszę też zwrócić uwagę, kto organizuje protesty przeciwko sytuacji w ochronie zdrowia i w nich uczestniczy. To zawsze są medycy! Jeśli da się gdzieś zauważyć pacjentów, to co najwyżej gdzieś w tle, przy okazji i w przełocie. Wniosek dla władzy płynie z tego taki, że suweren nie życzy sobie gruntownych zmian. A już zmian związanych z koniecznością ponoszenia wyższych kosztów za korzystanie z systemu suweren nie życzy sobie w dwójnasób. Kto czyta komentarze pod materiałami z protestu medyków, łatwo zauważy, że oprócz bluzgów pod naszym adresem pomysł

Jeśli w protestach przeciwko sytuacji w ochronie zdrowia da się zauważyć pacjentów, to co najwyżej gdzieś w tle, przy okazji i w przełocie. Wniosek dla władzy płynie z tego taki, że suweren nie życzy sobie gruntownych zmian.

na usprawnienie systemu sprowadzają się do zmuszenia nas do wyboru „prywatny gabinet czy państwowy szpital” oraz wprowadzenia nakazu zwrotu kosztów studiów dla wyjeżdżających za granicę. Co w tej sytuacji robi władza? Ano łata i protezuje to, co jest, byle się dokumentnie nie rozwaliło. Brakuje lekarzy? Sprowadźmy ich choćby z buszu, a jak się w wystarczającej liczbie nie pojawiają, zastępujemy asystentami (dawniej felczerami). Nie ma ratowników albo pielęgniarek? Sięgnijmy po straż i wojsko. Im gorsza sytuacja, tym większa pomysłowość rządzących. I nie dziwny się, że za urzędniczymi biurkami „na górze” rodzą się bzdury. Jest to de facto odzwierciedlenie woli większości wyborców, niezależnie, czy popierają oni „naszych” czy „ich”. Przystrojenie sobie tej prawdy oszczędzi nam frustracji i stworzy szansę wysłuchania naszych wołań o naprawę systemu. ■

Ballada o dwóch prędkościach



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Z dnia na dzień otrzymujemy nieprzebraną liczbę informacji, których przetworzenie w praktyce, nie tylko przecież lekarskiej, staje się niemożliwe lub niemalże heroiczne. Dwoi się od tego w oczach i głowach.

Kilka lat temu podczas jednej z europejskich podróży zwiedzałem po kolei, Pragę i Wiedeń. Reklama miast i znajdujących się tam zabytkowych atrakcji nie jest potrzebna. I tu, i tam tłumy turystów ustawiały się w kolejkach do zamków, pałaców i galerii sztuki oraz przemierzały ogrody, place i uliczki z licznymi sklepikami i restauracyjnymi ogródkami. Odchodząc jednak od najbardziej obleganych punktów na stołecznych mapach, podczas wieczornych powrotów do hoteli i porannego poszukiwania stacji metra, można było przez chwilę spojrzeć, jak żyją stali mieszkańcy. Złota Praga huczała, hałasowała, spieszyła się w różnych kierunkach. Wiedeń szedł dostojnie, jakby ciszej, ale też pewniej, bez lęku, że coś ucieka. Rozedrgane, postkomunistyczne miasto na dorobku już na pierwszy rzut oka kontrastowało z poczuciem stabilizacji metropolii Starej Europy.

Kilka lat temu pasowałem do praskiego stylu, byłem znacznie młodszy, na dorobku, biegłem przez życie, niczym koń przez przeszkody podczas Wielkiej Pardubickiej. Mimo upadków na parkurze goniłem za jakimś ideałem. Jakim? Czy miała być to Hiszpańska Dworska Szkoła Jazdy Konnej w wiedeńskim Hofburgu? Ułożony pokaz wołyżerki, idealna musztra, doskonały skłon i slot, nie cyrk przecież? Biegłem dalej, ale na mojej trasie stawiane były wciąż nowe przeszkody, pogłębiane rowy z wodą i dosadzono sztuczne żywopłoty. Mimo to, po ponad trzydziestu latach transformacji, w której uczestniczę od pierwszego roku studiów, nadal mam nadzieję na jakąś kostkę cukru, w zamian za kolejny piruet na podkowie szczęścia, który potrafi wykonać tylko polski lekarz.

Polaryzacja oczekiwań i możliwości w medycynie jest coraz bardziej widoczna i dwubiegunowa. Doskonając swoje umiejętności, potrafimy leczyć na najwyższym poziomie. Najczęściej zawdzięczmy to przede wszystkim sobie, ambitnie dążąc do celów, wielokrotnie kosztem życia prywatnego i ignorowania czasu wytchnień. Idziemy w kieracie, jaki zafundowała nam władza, pod batem kolejnego szantażu wartości etycznych, które według polityków nakazują wykonywać zawód wbrew zasadom bezpieczeństwa naszych podopiecznych. Rząd, wraz z zapatrzonym w jego populistyczne

hasła elektoratem, wsadza nas na konie, które ścigają się, walcząc o każdy metr, kontrakt, grant, zamiast współpracować, tworząc wspólne konfiguracje i spójny pokaz dżokejów w białych mundurach. Na to wszystko nakłada się dodatkowo pokoleniowa zmiana trenerów i zawodników jazdy przez szpitalne oddziały i przychodnie gabinety. Prascy rodzice wychowali wiedeńskie dzieci. Kontrast zauważalny jest już na pierwszy rzut oka. Medycyna to już raczej praca, a nie pasja. Praca to warunki jej wykonywania, płaca, komfort wypoczynku i nauki, a nie Wielka Pardubicka, nie gonitwa na łeb na szyję.

I tak przyszło nam żyć i leczyć w kraju dwóch prędkości, w którym jedni już nie mają sił, inni je oszczędzają, a woźnica wali batem na oślep, nie widząc, że szkapa ledwo dyszy.

Mimo to, po ponad trzydziestu latach transformacji, w której uczestniczę od pierwszego roku studiów, nadal mam nadzieję na jakąś kostkę cukru, w zamian za kolejny piruet na podkowie szczęścia, który potrafi wykonać tylko polski lekarz.

Pisząc tekst, słucham Wojciecha Młynarskiego: „Ech, ubawi Was ogromnie / W parę chwil balladka ta: / Raz w zaprzęgu szły dwa konie, / Szły w zaprzęgu konie dwa. / Pierwszy był to koń posłuszny / Który w galop, cwał czy trucht / Pięknie ruszał, grzecznie ruszał / Na najmniejszy bata ruch. / Za to drugi koń był hardy / Nieposłuszny, pędziwiatr / W biegu szybki, w pysku twardy / Co tam lejce, co tam bat! / Zaś gdy chodzi o woźnicę / Co na koźle z batem tkwił / Bardzo on to kierownicze / Stanowisko lubił być”.

Ballada wydaje się na tyle aktualna, że w momencie, gdy mamy wątpliwości, jak postępować dalej w ochronie zdrowia oraz w wyborze między Pragę a Wiedniem, pośpiechem i wyważonym pochylem się nad problemami pacjentów, pomoże ponadczasowa puenta Mistrza: „Kto się stawia, ten ma z tego / Mimo wszystko jakiś zysk / A kto słucha i ulega, / Ten najpierwszy bierze w pysk”. ■

Każdy może tworzyć historię

Jaką rolę odgrywało środowisko medyczne w kształtowaniu Rzeczypospolitej?
Na to pytanie próbowali znaleźć odpowiedź uczestnicy I Ogólnopolskiej
Konferencji Historycznej – wspólnego posiedzenia Komisji Historycznych OIL,
która odbyła się w ostatni weekend września w Ustroniu.

doc. **Krzysztof Siemianowicz** Przewodniczący RP ODH ŚIL, **Katarzyna B. Fulbiszewska** koordynator ODH ŚIL

Wydarzenie zorganizowała Ośrodek Dokumentacji Historycznej Śląskiej Izby Lekarskiej i Ośrodek Historyczny Naczelnej Izby Lekarskiej w ramach obchodów 100-lecia samorządu lekarskiego. Podczas spotkania pasjonaci historii, a zarazem reprezentanci okręgowych izb lekarskich z Olszyna, Lublina, Zielonej Góry, Katowic i Wojskowej Izby Lekarskiej, opowiadali o dziejach polskiej medycyny i o lekarzach zasłużonych dla RP.

Gość honorowy reprezentujący NRL prof. Andrzej Wojnar podzielił się osobistą refleksją o swojej pasji, jaką jest historia medycyny, oraz o ludziach, którzy ją tworzą, m.in. o prof. Gerwazym Świdorskim, dr Jerzym Kosie, prof. Andrzeju Kierzku, prof. Janie Mikuliczu-Radeckim. W tej opowieści nie mogło zabraknąć wspomnienia o krewnym – wybitnym polityku, dyplomacie i lekarzu, gen. Bolesławie Wieniawie-Długoszańskim. O tym, że ten słynny generał fascynuje całe pokolenia, przekonywał uczestników dr Robert Budkiewicz z Ośrodka Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny Izby Lekarskiej w Olsztynie.

„Historia zapisana w artefaktach” – temat wiodący wystąpienia prezesa ORL w Katowicach dr. Tadeusza Urbana, był próbą prezentacji części zbiorów zgromadzonych przez Ośrodek Dokumentacji Historycznej ŚIL oraz odpowiedzią na pytanie, „po co to zbieramy?”.

II wojna światowa zmusiła lekarzy do migracji ze wschodu na zachód. Lekarze z Wilna i Lwowa odegrali istotną rolę w tworzeniu polskiej medycyny. Opowiedzieli o nich dr Jan Z. Trusewicz (OH W-MM Izby Lekarskiej w Olsztynie) oraz dr Jan Rauch (ODH ŚIL). Problem migracji pojawił się także w wykładzie dr Krzysztofa Kopocińskiego (Komisja



Historyczna WIL) o powojennych losach pracowników wojskowego sanitariatu. To ze względu na nich 105. Szpital Wojskowy w Żarach, jako jedyny w Polsce, ma w swojej nazwie słowo „kresowy”.

Z kolei dr Zbigniew Kopociński (KH WIL) przekonywał uczestników konferencji, że Wołyń nie powinien kojarzyć się nam tylko z brutalnymi bandami UPA, ale przede wszystkim z ogromnym dorobkiem wojskowej służby zdrowia. Za przykład posłużył Szpital Wojskowy w Równem, który powstał na Wołyniu jesienią 1919 r. Placówka brała aktywny udział w wojnie 1920 r. i istniała aż do wybuchu II wojny światowej.

Osobą łączącą Wojskową i Śląską Izbę Lekarską jest płk. dr Wacław Szreders – świadek czterech wojen oraz odrodzenia i upadku Rzeczypospolitej. O tym niezwykłym lekarzu z kresów wschodnich opowiadał doc. Krzysztof Siemianowicz (ODH ŚIL).

Historię (w tym medycyny) tworzą ludzie, niekiedy całe rodziny. Dr Jacek Kotuła (KH OIL w Zielonej Górze) przybliżył wkład rodzin lekarskich Serafińskich i Tymińskich w walkę o niepodległość Polski, a także w organizację opieki zdrowotnej na Ziemiach Odzyskanych. Natomiast dr Alina Stępnik-Mardzyńska (ŚIL) przypominała o rodzinie Cieszyńskich: Antonim – „ojcu”

stomatologii polskiej, i Tomaszowi – twórcy pierwszej w historii intrakardialnej echosondy.

W trudnej i tragicznej historii lekarze pełnili ważne role opiniotwórcze i społeczne. O znaczącej roli lekarzy w Powstaniach Śląskich przypominał prof. Zygmunt Woźniczka (ODH ŚIL), natomiast dr Emilian Kocot (ODH ŚIL) przybliżył postaci lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego i ich rolę w życiu społecznym.

Pasjonaci historii nie boją się podejmować tematów trudnych, spychanych na margines i skazanych na zapomnienie. Poruszyli je: dr Ryszard Wąsik (ODH ŚIL), przedstawiając historię Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, oraz dr Marek Stankiewicz (OH NIL), mówiąc o „Lekarzach w pasiakach” z obozu na Majdanku.

Zainteresowaniem cieszyła się także sesja varia. Dr Rafał Skowronek opowiedział o pracy lekarzy sądowych przy ustalaniu przyczyn zgonów postaci historycznych, a dr Stanisław Mysiak o roślinach, które swoje nazwy zawdzięczają wybitnym postaciom ze świata medycyny.

Dopełnieniem sesji wykładowych były liczne dyskusje kulaarowe, podczas których podjęto decyzję o konieczności corocznej kontynuacji tego typu spotkań. ■

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA – EDYCJA 09/10

Poezja. Proza. Jubileusz

Po raz dziesiąty w krakowskim Teatrze im. Juliusza Słowackiego wręczono nagrody Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika. Statuetki Akrobatów trafiły do zwycięzców w kategorii poezji i prozy. Z powodów pandemicznych na scenę wywołano laureatów dwóch edycji.

Jarosław Wanecki przewodniczący Komisji Kultury NRL



Uroczystej gali corocznie towarzyszą podwójne koncerty. W pierwszej części prezentowane są utwory wykonywane przez lekarzy. Tym razem publiczność usłyszała piosenki ze „Starego Kina” zaśpiewane przez dr n. med. Ewelinę Sielską-Badurek, laryngologa i foniatrę z Warszawy, która dwa lata temu nagrała przy współpracy z Naczelną Radą Lekarską płytę „Miłość Ci wszystko wybaczy”. Solistce towarzyszyła przy fortepianie Marta Mołodyńska-Wheeler. Po przerwie wystąpił w energetycznym koncercie przebojów Janusz Radek.

Fragmenty tekstów dwunastki laureatów 2020-21 czytali aktorzy Narodowego Starego Teatru i Teatru Ludowego w Krakowie. Twórczość Andrzeja Szczeklika przypomniał Jerzy Treła, czytając tekst o konstelacjach gwiazd i genów,

a rozgwieżdżone niebo było stałym elementem scenografii.

W tym roku nie przyznano nagród w kategorii poezji. Konkurs prozy wygrała: specjalistka dermatologii i weneurologii Iwona Łęska („Pudełko pamięci”). Drugie i trzecie miejsca przyznano ex aequo. Srebrnym podzieliły się pediatra i laureatka z lat 2015 i 2018 Monika Kunstman („Sprzątając w garażu”) oraz nefrolog Anna Bronowicz („Nadzieja”). Brąz pojechał do Szczecina wraz z Renatą Paligą („Traktat o podróży”) i Nowej Huty z antropolożką i rozpoczynającą pracę lekarką Adrianną Beczek („Mała psychoza”). Wszystkie prace zaprezentujemy w kolejnych numerach „Gazety Lekarskiej”, a „Medycyna Praktyczna” zebrała je w rozdanej uczestnikom gali pokonkursowej książce „Nie płacz nadziejo”.

Ponadto z okazji dziesiątej edycji wręczono nagrody specjalne. „Jubileuszowych akrobatów” odebrali z rąk profesora

Wojciecha Szczeklika: Maria Szczelik, przewodnicząca jury Anna Dymna, prezes NRL profesor Andrzej Matyja w uznaniu wieloletniej współpracy przy organizacji Weny, poeta i wykładowca literatury Bronisław Maj, Jarosław Wanecki z Komisji Kultury NRL, który prowadził galę po raz czwarty, i nestor jurorów profesor Marek Pawlikowski. Wcześniej miniaturę rzeźby Karola Gąsienicy Szostaka odebrali nieobecni podczas uroczystości: poetka Ewa Lipska, prezes Unii Polskich Pisarzy Lekarzy Waldemar Hładki i Jerzy Treła. Pośmiertnie „Medycyna Praktyczna” uhonorowała wielkiego polskiego poetę Adama Zagajewskiego, który w latach 2012-16 był członkiem oceniającej konkursowe prace kapituły.

Partnerem wydarzenia była po raz dziesiąty Fundacja Anny Dymnej „Mimo wszystko”.

Wyjątkowo w Krakowie, mimo październikowej aury, nie padał deszcz. Po raz pierwszy od siedmiu lat. ■



Agata Morka
historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Na białło

Od sukni panny młodej po jasne blond anielskie włosy: biel w tradycji zachodnioeuropejskiej utożsamiana jest z niewinnością. Nieskalana, dziewicza i czysta, ma moc wprowadzenia nas w szczególny nastrój. Biała koszula podkreśla wagę zdawanego egzaminu, a biały uśmiech zdobywa adoratorów. A gdyby tak spojrzeć na biel z innej perspektywy?



Obraz: Marlene Dumas, „Biała choroba”, 1985, kolekcja prywatna

Marlene Dumas w obrazie „Biała choroba” rozgrywa pojęcie choroby na wielu płaszczyznach. Twórczość malarki, urodzonej w Republice Południowej Afryki, jest mocno zanurzona w tym kontekście politycznym.

Jako punkt wyjścia do obrazu wybrała fotografie pokazujące pacjentów z chorobami skóry. Plamy na twarzy portretowanej postaci rzeczywiście sugerować mogą problem dermatologiczny. Jednak wychodząc od czegoś tak faktologicznego jak dokumentacja medyczna,

Dumas interpretuje ją w sposób niezwykle malarski: róż, czerwień i biel współistnieją na twarzy postaci, mają swoje własne tekstury, zaznaczone śmiałymi pociągnięciami pędzla. Dumas abstrahuje od faktycznej medycznej kondycji, przetwarzając ją na symfonię abstrakcyjnych plam barwnych tak, że na podstawie portretu ciężko postawić jakąkolwiek konkretną diagnozę.

I tutaj Dumas pomaga tytułem: mamy do czynienia z „białą chorobą”, zatem najprościej byłoby przypuścić, że chodzi o albinizm. Malarka sięga jednak dużo

głębiej. Jest coś w tej twarzy, patrzącej na wprost błękitnymi plamami oczu, co wychodzi poza wymiar fizycznej choroby. To znużona, uniwersalna twarz, która każe się zamyślić nad kwestią rasizmu i idącej za nim brutalnym wykluczeniem. To twarz tak obecna, jak i w zastanawiający sposób znikająca, rozmywająca się w kredowej bieli, negocjująca swoją białą tożsamość. Prawdziwe schorzenie toczy ją od środka, okrutnie burząc rysy, konfrontując widza z chorą taksonomią rasizmu. Wszystko tu na białło, ale to biel daleka od niewinności. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 10/2021

1. Dodanie czerwieni na ubraniu portretowanego.

Czerwień dość często pojawia się w autoportretach Untermohlena, zatem jej obecność na obrazie nie byłaby dziwna.

2. Uniesienie prawego oka portretowanego tak, by było w jednej linii z lewym.

Na przestrzeni lat, w miarę jak postępowała choroba malarza, poszczególne fragmenty twarzy, jak i ich położenie, stają się coraz bardziej abstrakcyjne.

3. Dodanie w tle kresek sugerujących głębię przestrzeni za portretowanym.

W miarę postępowania choroby zanikają również elementy tła w autoportretach Untermohlena.

4. Rozmazanie ucha portretowanego.

Jak wspomina żona Untermohlena, artysta często nieoczekiwanie przerabiał swoje autoportrety, ścierając ich części i zaczynając malować na startym płótnie od nowa.



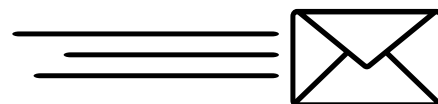
Obraz: William Untermohlen, „Autoportret w wieku 63 lat”, 1996 r.

NAGRODZENI Z „GL” 10/2021: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Klaudia Drozd z Tarnowa**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Angelika Kulig (Tychy)**, **Katarzyna Trela (Warszawa)**, **Katarzyna Wasilewska-Karaś (Kowale)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 24 listopada 2021 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,

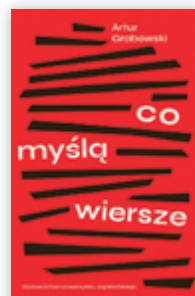
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

RECENZJE

Słowa, które leczą

Najnowszy tom poezji „Krajobrazy dni” Anny Pituch-Noworolskiej magnetyzuje już samą okładką. Widnieje na niej obraz Józefa Mehoffera „Słońce majowe”, otwierający przestrzeń na ogród, ze stojącą na tarasie kobietą i oczekującymi w salonie dwiema filiżankami zachęcającymi do dialogu na tematy zwyczajne, ale też trudne, bo transcendentalne i metafizyczne.

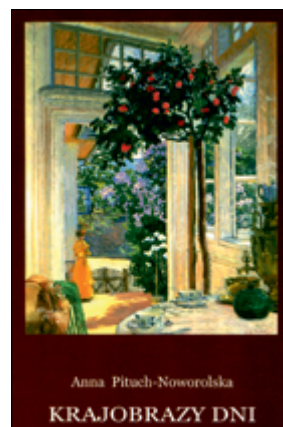
Irena Kaczmarczyk

Krakowska poetka, profesor immunolog, autorka siedmiu książek, zaprasza czytelnika do mehofferowskiego ogrodu na poetycką kawę, przy której chce opowiedzieć o swoich niepokojach osobistych: „Moje sny/ to chaos i wiatr/ Moje dni/ To ogród zapomniany/ Czas powoli/ Odsiewa kwiaty/ Od ostów i traw// Idę brzegiem morza/ Złapana w łagodny szum fal/ I nie wiem/ Co jest klejnotem/ A co błyskotką / W zbiorze chwil/ Które wciąż pamiętam”. Chce rozmawiać o sprawach wykraczających poza wewnętrzny ogród myśli, czyli o sztuce, podróżach, ulotności życia i zmianach zachodzących w świecie. W wierszu „Umieranie” powie w puencie: „To nie nasz świat.../ Pozostaje pytanie/ Czy mamy jeszcze dokąd uciec”. W poetyckiej rozmowie autorka

opowiada się za sztuką klasyczną, dodając przy tym, iż każde dzieło sztuki (obraz, rzeźba) jest dla niej dialogiem ze światem, równowagą pomiędzy tym „co jest szare a piękne”.

Wszystkie wiersze w tomie są pastelowe, subtelne, otwarte na szeroko pojętą zmysłową i intelektualną przestrzeń. Słowa Anny Pituch-Noworolskiej pachną wiosennymi kwiatami, ale też kiściami jarzębin, sugerującymi nieuchronność przemijania. Kolejny spacer po plaży poetka kończy konkluzją: „Drobna fala omywa stopy/ Ona jest wiecznością// Ja – chwilą”.

Tom poezji „Krajobrazy dnia” jest osadzony głęboko w sztuce, kulturze. Jest lekturą przestrzenną i ciepłą. Poetka, łącząc mądrość z obrazem, potrafi słowami rzeźbić piękny świat. Jest mistrzynią słowa, które leczą. ■



A. Pituch-Noworolska, „Krajobrazy dni”, Kraków 2021, KO ZLP

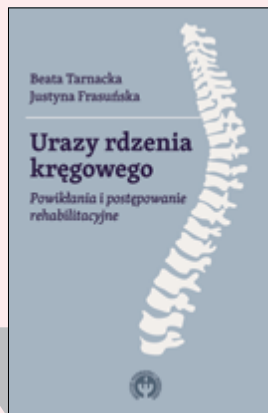
📖 NASZA CZYTELNIJA



Intensywna terapia kardiologiczna

Robert Kowalik, Anna Fojt, Krzysztof Ozierański, Renata Głowczyńska

Kompendium wydane pod patronatem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w którym zawarto praktyczną wiedzę m.in. na temat metod wentylacji mechanicznej, technik wykonywania podstawowych zabiegów ratujących życie, leczenia za pomocą hipotermii terapeutycznej czy też zagadnień dotyczących problemów etycznych związanych z leczeniem pacjentów terminalnych.



Urazy rdzenia kręgowego. Powikłania i postępowanie rehabilitacyjne

Beata Tarnacka, Justyna Frasuńska

Kompleksowe przedstawienie problematyki dotyczącej postępowania z chorym po urazie rdzenia kręgowego, w tym procesu leczenia i rehabilitacji. W publikacji znalazły się zagadnienia z pogranicza ortopedii, rehabilitacji medycznej, neurochirurgii, neurologii, urologii. Autorki monografii opisały także przyszłościowe metody terapeutyczne, takie jak neuromodulacja czy robotyka.

KULTURA

„Puls Słowa” po raz dwunasty

23 października podczas imprezy literackiej ZAMIAST w Domu Literatury w Warszawie odbyło się uroczyste rozdanie nagród w XII Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Prozatorskim dla lekarzy i lekarzy dentystów „Puls Słowa”.

Majka Maria Żywicka-Luckner

L laureatów i zaproszonych gości przywitał prezes Związku Literatów Polskich Marek Wawrzkiwicz, a spotkanie poprowadzili prezes Unii Polskich Pisarzy Lekarzy Waldemar Hładki i Majka – Maria Żywicka-Luckner, pomysłodawczyni konkursu. Spotkanie rozpoczęło uczczeniem brawami pierwszych, nieżyjących już, jurorów konkursu: Aliny Chrauboł-Sury – dyrektor SZPZLO Warszawa Praga-Północ, Zbigniewa Irzyka – krytyka literackiego, a także prozaika Zdzisława Łączkowskiego. Następnie poproszono obecnego dyrektora SZPZLO Warszawa Praga-Północ Pawła Chęcińskiego o rozdanie laureatom dyplomów i nagród.



I nagrodę w kategorii poezja otrzymał Bolesław Sawicki, II nagrodę – Zbigniew A. Łobodziński, III nagrodę – ex aequo – Katarzyna Szewczyk i Monika Szymczakowska. Wyróżnienia otrzymały: Joanna Matlachowska-Pala, Agnieszka Rautman-Szczepańska i Ilona Dzijak-Muniak. W kategorii proza I nagrodę otrzymał Dariusz Krasnodębski, II – Elżbieta Lipska, III – Witold Kopeć.

Wyróżnienia trafiły do Zbigniewa Kostrzewy i Stefana Trzosa. W imieniu redaktora naczelnego „Własnym Głosem”, pisma, które obok „Gazety Lekarskiej” i „Pulsu” sprawuje patronat medialny nad konkursem – Pawła Soroki, głos zabrała Zofia Mikuła, gratulując i życząc laureatom dalszych sukcesów.

Nagrodzone utwory prezentowali Iwona Rulewicz i Wojciech Magnuski. Na koniec spotkania prof. Waldemar Hładki w imieniu Jury i organizatorów podziękował Naczelnej Izbie Lekarskiej, Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie, Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, Związkowi Literatów Polskich i dyrekcji SZPZLO Warszawa Praga-Północ za umożliwienie organizacji konkursu i pomoc w jego przeprowadzeniu. ■

FOTO: ANNA MARCZEWSKA



Niedostosowani. Dlaczego ewolucja nie nadąza

Adam Hart

Procesy ewolucyjne, które kiedyś przygotowały organizm człowieka do przetrwania w niesprzyjających warunkach, w dzisiejszym świecie wręcz szkodzą. Funkcja gromadzenia tłuszczu obecnie częściej jest przyczyną otyłości niż ochrony przed głodem, a stres – który kiedyś skutecznie ratował przed atakiem dzikiego zwierzęcia – dziś przyczynia się do powstawania wielu chorób przewlekłych. Czy jest jeszcze szansa, aby być lepiej „dostosowanym”?



Stany ostre. Jak psychiatrzy leczą nasze dzieci

Marta Szarejko

O psychiatrii dzieci i młodzieży od lat mówi się, że jest w kryzysie, bo brakuje kadry, miejsc na oddziałach i pieniędzy na sprawowanie godnej opieki. Tylko co to oznacza w praktyce? Autorka poprzez rozmowy z psychiatrami i psychologami opowiada o polskich realiach leczenia niepełnoletnich pacjentów. Trudnych i boleśnie niewystarczających zarówno dla chorych dzieci, jak i medyków, którzy mimo przeciwności starają się im pomóc.

Święto lekarskiej fotografii

IX Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej PhotoArtMedica 2021 za nami. W tegorocznej edycji wzięło udział 96 uczestników z 15 krajów świata. Ceremonia otwarcia i wernisaż odbyły się 23 października w Ratuszu Muzeum Częstochowskiego.

Krzysztof Muskalski EFIAP/g, GAPU, FRP, ZPAF, pomysłodawca i przewodniczący Salonów PhotoArtMedica ■



Prace konkursowe nadesłali lekarze z **Australii, Bangladeszu, Bułgarii, Indii, Irlandii, Kanady, Niemiec, Polski, Rumunii, Szwecji, Szwajcarii, USA, Węgier, Wielkiej Brytanii i Włoch.**

Wśród 40 Laureatów znaleźli się m.in. Franco Ameli z Włoch (zdobywca Grand Prix), Avik Sett z Indii (Honorowy Medal FIAP), Sebastian Kuczyński z Poznania (Złoty Medal Fotoklubu RP i Honorowe Wyróżnienie PhotoArtMedica), Ryszard Zembrzusi z Warszawy (Honorowy Medal FIAP i Honorowe Wyróżnienie PhotoArtMedica) oraz Krzysztof Marzec z Częstochowy (Złoty Medal PhotoArtMedica).

Cieszy nas rosnące zainteresowanie Salonem PhotoArtMedica – blisko 100 uczestników przysłało swoje zdjęcia – w tym kategorią „Fotografia medyczna” (co trzeci uczestnik nadesłał pracę w tej kategorii). Zobaczyliśmy wiele aspektów naszej zawodowej codzienności w różnych ujęciach.

Kategoria „Architektura” przyniosła ciekawe spojrzenia z różnej perspektywy na otaczającą nas infrastrukturę, zarówno tą dawną, jak i najnowszą. Na przedstawionych 257 fotografiach uczestnicy zaprezentowali to, co zwróciło ich uwagę w swojej indywidualnej interpretacji. A kategoria „Temat wolny”, pośród zgłoszonych 327 zdjęć, ponownie ukazała kreatywność fotograficzną lekarzy.

Tegoroczny Salon PhotoArtMedica, organizowany przez OIL w Częstochowie, ponownie otrzymał auspicje największej organizacji fotograficznej – Międzynarodowej Federacji Sztuki Fotograficznej FIAP oraz honorowe patronaty prezesa NRL prof. Andrzeja Matyi i prezydenta Częstochowy Krzysztofa Matyjaszczyka, a także patronat Fotoklubu RP. Patronat medialny objęli „Gazeta Lekarska” oraz Esculap.com.

Dziękuję bardzo wszystkim 96 uczestnikom za ich kreatywność i zainteresowanie naszym konkursem, a w szczególności 22 osobom, które po raz pierwszy nadesłały swoje prace. To były wspaniałe debiuty – połowa z nich znalazła się w gronie laureatów. Gratuluję wszystkim laureatom ich sukcesu w tegorocznym Salonie. Zapraszam Was wszystkich oraz nowych uczestników do udziału w kolejnym, Jubileuszowym X Salonie PhotoArtMedica 2022, któremu będziemy starali się nadać szczególną oprawę. Składam też serdeczne podziękowania naszym patronom, partnerom i sponsorom. ■



**„Maya”, Avik Sett (Indie),
Honorowy Medal FIAP,
PhotoArtMedica 2021**
www.photoartmedica.pl



SPORT



Tenis

Od 9 do 15 października w słonecznym Belek w Turcji odbywały się jubileuszowe 50. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie pod egidą World Medical Tennis Society. 21 lekarzy i lekarzy dentyków z Polski zdobyło 33 medale. ■

Piłka nożna

10 października w Krakowie rozegrano Turniej Charytatywny o Puchar Prezesa Profesora Janusza Filipiaka połączony z loterią i licytacją sportowych pamiątek. Dochód zasili Małopolskie Hospicjum dla Dzieci w Krakowie, które od kilkunastu lat wspiera rodziny nieuleczalnie chorych małych pacjentów. W turnieju uczestniczyło 16 drużyn. Zespół reprezentujący lekarzy zakończył rywalizację na 9. miejscu. ■

Tenis stołowy

27 listopada odbędą się III Otwarte Mistrzostwa Śląska Lekarzy i Ich Rodzin w Tenisie Stołowym. Zawody zostaną rozegrane w Miejskim Domu Kultury w Gliwicach przy ul. Barlickiego 3. ■

Szachy



W dniach 23-26 września w Sielpi Wielkiej w woj. świętokrzyskim odbyły się XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy i Rodzin Lekarskich w Szachach. Młode pokolenie lekarzy szachistów spotkało się z doświadczonymi graczami. W ramach mistrzostw rozegrano turnieje szachów szybkich i błyskawicznych, tzw. Rapid i Blitz, przeprowadzono konkurs rozwiązywania zadań oraz symulację z mistrzem międzynarodowym. ■

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

ABSOLWENCI UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W POZNANIU, ROCZNIK 1981

40 lat minęło! Spotkanie absolwentów rocznika 1975–1981 w dniu 27 listopada 2021 r. w Poznaniu. Szczegółowe informacje na stronie: www.absolwenci1981-poznan-am.pl lub u organizatora spotkania (tel. +48 601 83 93 01). Komitet Organizacyjny: Jerzy Harasymczuk, Piotr Kopaczyński, Piotr Kromer, Irena Sarnowska, Grzegorz Woźnicki

ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1971

Zapraszamy na obchody z okazji 50-lecia ukończenia AM we Wrocławiu rocznik 1971, które odbędą się 14 maja 2022 r. we Wrocławiu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl). Komitet Organizacyjny: Krzysztof Bąk, Magdalena Koziorowska, Wanda Man-Widersk, Alicja Marczyk-Felba

ABSOLWENCI WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1985

Zapraszamy na spotkanie z okazji 35-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 20-22 maja 2022 r. w Karpaczu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl). Komitet Organizacyjny: Aneta Łojewska, Waldemar Jarosiewicz

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1977

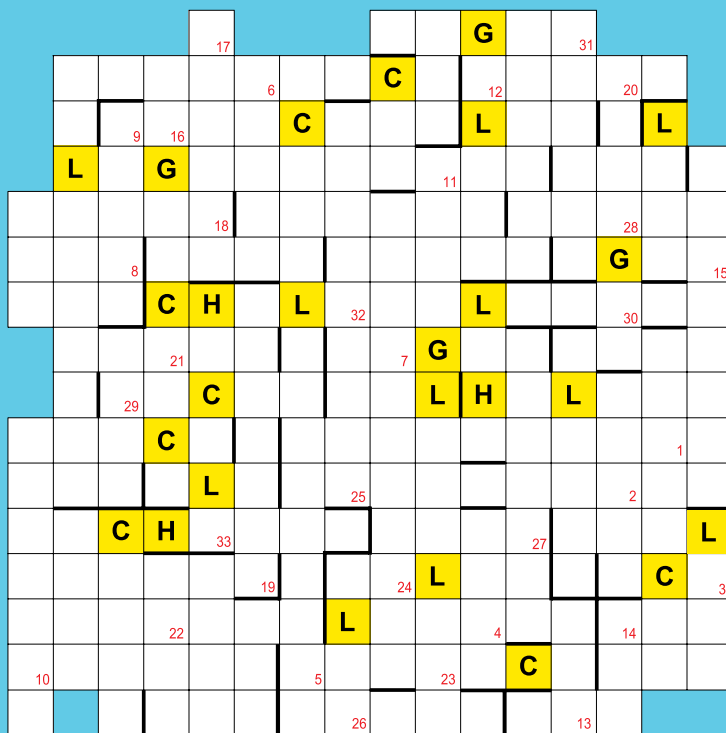
Zapraszamy na spotkanie absolwentów wydziału lekarskiego AM we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 27-29 maja 2022 r. w Kudowie Zdroju. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Informacje: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl). Komitet Organizacyjny: Andrzej Bugajski, Jolanta Kasperkiewicz-Skałeczka, Małgorzata Rudnicka, Danuta Sidor

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



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

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



Objaśnienia 79 haseł podano w przypadkowej kolejności.
W diagramie ujawniono wszystkie litery: C, G, H i L. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Lwa Tołstoja. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 29 listopada 2021 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* między chlorem a potasem * deszcz i śnieg * śląscy i wielkopolscy
* uwała * między helem a berylem * metoda psychoterapeutyczna Frankla * formacja Kłaczkińskiego * Szopnińska, profesor, lekkoatletka, radiolog * nadmierna alergia * lek sceniczny * nad kolanami * cięte i klute * przyjęcie po angielsku * do pożywek bakteryjnych * egipski bóg faliczny * leki z atropiną * kunżut * imię Poe * wyspa w Aleutach * przybieranie na wadze * przyjaciółka Stasia * celebrytka Paris * Peter, najszybszy pianista świata * baza morska pod Kapsztadem * niebezpieczna żółtówka * wyspa, na którą rzucim się przez morze * alkaloid purynowy w kakao * Adam, autor podręcznika anatomii * prąd rzeki * odbytnicy (łac.) * zaburzenie mimicznej ekspresji emocjonalnej * sprytny żartownis * konwertaza angiotensyny * między Judeą a Galileą * złoty francuski pistolet * oculus * wymioty (łac.) * malaria * stopień w karate * odczyn antystreptolizynowy * poeta o pseudo

Jan Stożek * plynie w Kazaniu * wąsata ryba * dzidzius * malaria (łac.) * zrudzenie, halucynacja * sól kwasu jodowego * dym nad Katanią * pluskwa (łac.) * strongyloidoza * bryła, mnóstwo * Jacek, mistrz z Montrealu * haki w podkowie * grecka bogini tęczy * między skandem a wanadem * perimysium * Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna * hydroliza kwasu octowego * empyesis * oryl, burłak * antygen karcinoembrionalny * stolica piekła * głos jelenia * białka wrażliwe na ogrzewanie * zginął z ręki Dawida * plynie w Marburgu * imię Schuberta z Wałów Jagiellońskich * morfina i heroína * ryż po włosku * przyroda * reżyser filmu o szpitalu wojny koreańskiej * carcinoma * lek z Metildopa * konopiowa lecznica * do młodości * większa od alpaki * napisała „Plastusiowy pamiętnik” * symbol Republiki Francuskiej * nasz Wilfredo
Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 267 („GL” nr 09/2021)
Człowiek jest tak stary jak jego tętnice.

Nagrody otrzymują:

Mariusz Miązek (Strzyżów), Anna Miśkiewicz (Wrocław), Katarzyna Pieruszka (Racibórz), Hanna Skwarska-Porowska (Płock), Krzysztof Wiertel-Stopa (Poznań). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwł.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 181 000 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. 696 48 70 48

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak; redaktor portalu internetowego

m.tomczak@gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Tel. (22) 558 80 40

redakcja@gazetalekarska.pl

Adres redakcji

00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110

Reklama i marketing

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

Ogłoszenia

Olga Ostaszewska
Tel. (22) 559 13 26
o.ostaszewska@gazetalekarska.pl

Stale współpracują

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

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Walstead Central Europe

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

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

