

SAMORZĄD: Gala jubileuszu 30-lecia odrodzenia izb lekarskich



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

12/2019-1/2020

CHOROBA E66

ZMAGA SIĘ Z NIĄ CO DRUGI
DOROSŁY POLAK

E-recepta

JAK USTRZEC SIĘ BŁĘDÓW?

PORADNIK LEKARZA PRAKTYKA



Temat numeru

DLACZEGO WYKASTROWANO PROJEKT?

USTAWA O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY

■ **Lekarz kontra TVP**

KATARZYNA PIKUŁSKA WALCZY O SPRAWIEDLIWOŚĆ

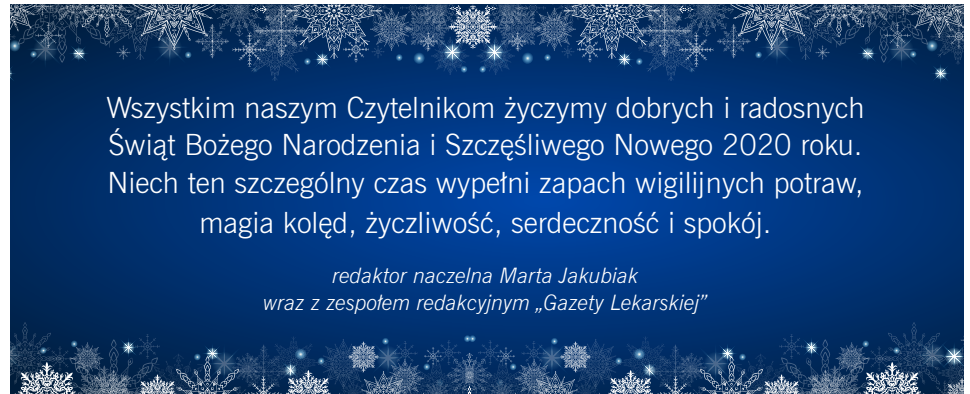
■ **Pacjent zawsze pamięta**

WYWIAD Z PROF. MARKIEM KRAWCZYKIEM

8

NIE COŚ ZA COŚ, TYLKO CO PONAD

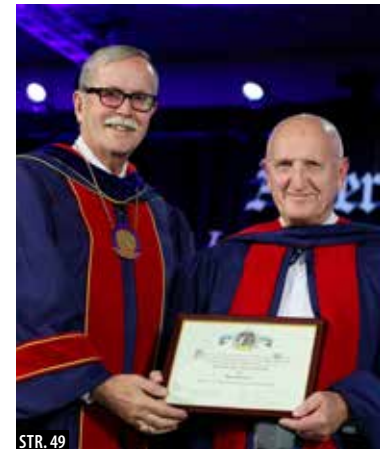
Każda prawie kadencja
ma swój jubileusz.



67

ZOBACZYĆ WIĘCEJ

Zdjęcia nie robisz tylko aparatem.
Do tego dzieła wnosisz obrazy,
jakie widziałeś, muzykę,
jakiej słuchałeś, książki, jakie
przeczytałeś i ludzi, których
pokochałeś.



Spis treści

Grudzień/Styczeń 12/2019-1/2020

SAMORZĄD

- 4 | To nasze wspólne święto
- 8 | Nie coś za coś,
tylko co ponad
- 14 | Gala jubileuszowa
- 16 | Byli świadkami tych
wydarzeń

TEMAT NUMERU

- 22 | Fakty i liczby
- 23 | Kastracja
- 26 | Miało być inaczej

PRAWO I MEDYCyna

- 28 | Kto musi mieć firmowy
rachunek w banku?
- 30 | Kara za użycie
nienależnego tytułu
- 32 | Mediacje w sprawie kar
- 34 | Lekarz kontra TVP

- 36 | Mediacja w praktyce
- 34 | „Zaoczna” recepta
a wyłudzenia leków

PRAKTYKA LEKARSKA

- 40 | Transplantacje
- gdzie jesteśmy?
- 41 | Spotkań czas
- 42 | Biuletyn
- 45 | Jak uchwalano ustawę
o ubezpieczeniach
zdrowotnych
- 46 | Odpowiedzialność
za studenta
- 48 | Pacjent zawsze
pamięta
- 50 | E-recepta:
jak wystawić
- 54 | Choroba E66
- 56 | Nie do czerwonego

ZE ŚWIATA

- 58 | Aktywując siłę świadomości

NAUKA

- 60 | Nowa choroba?

PO GODZINACH

- 62 | Na marginesie
„paragonu hańby”
- 63 | Stańczyk
- 64 | Co mocz to prorok
- 66 | Tu tworzyła się
polska medycyna
- 67 | Zobaczyć więcej
- 68 | Tak się nie godzi
- 69 | Kultura
- 71 | Sport
- 72 | Zjazdy koleżeńskie
- 74 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



Przemówienie prezesa NRL prof. Andrzeja Matyja podczas gali jubileuszowej 7 grudnia w Teatrze Polskim w Warszawie

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

To nasze wspólne święto

By świętować jubileusz 30-lecia odrodzenia samorządu lekarskiego, spotkaliśmy się w miejscu, w którym trzydzieści lat temu odradzała się nasza samorządność. To tutaj toczyła się robocza część I Krajowego Zjazdu Lekarzy.

Wtedy, po 39 latach niebytu, nasza korporacja zawodowa na nowo nabierała kształtu organizacyjnego. Odzyskiwaliśmy podmiotowość, wyrwaliśmy się spod nadzoru nomenklatury, mogliśmy na nowo integrować środowisko. Poculiśmy smak wolności.

Pamiętny 1989 r. był pełen entuzjazmu, radości i nadziei. Dwa tygodnie przed częściowo wolnymi wyborami czerwcowymi, Sejm przyjął, jako ostatnią w mijającej kadencji, ustawę o izbach lekarskich. Stało się to 17 maja 1989 r. To wydarzenie poprzedziły ostre spory, niekiedy dramatyczne zwroty akcji, gdy wielka historia krzyżowała plany. Ale kropla drążyła skałę.

Rozbudzone w sierpniu 1980 r. ambicje przywrócenia lekarzom ich samorządu były blokowane. Partyjna nomenklatura raz zdobytej władzy nie oddawała i nie chciała zrezygnować z wpływów w naszym środowisku. Narzucono je w 1950 r. Wówczas zlikwidowano samorząd lekarski, który niepodległa II Rzeczypospolita ustanowiła w 1921 r. Idea samorządności zawodowej przetrwała, a na fali karnawału „Solidarności” wybrzmiała na nowo. Wtedy upomniano się o podmiotowość w różnych dziedzinach życia. Wraz z „Solidarnością” na nowo ożyły nadzieje na

odzyskanie lekarskiej korporacji. Wiele było dyskusji i kolejnych wersji projektów ustaw, a dobrym duchem tych starań okazało się Polskie Towarzystwo Lekarskie.

Projekt opublikowany w lipcu 1981 r. miał stać się podstawą do dalszej debaty nad izbami lekarskimi również w Sejmie. Zajmował się nim II Zjazd Krajowej Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność” poświęcony odrodzeniu izb lekarskich. Historia pomieszała szyki! Obradowano 12 grudnia, dyskusję zakończono o godz. 21.00, a za trzy godziny wprowadzono stan wojenny...

Sejmowe prace nad projektem ustawy o izbach lekarskich wprowadzić toczyły się nadal, ale – co oczywiste – już bez „Solidarności”. Sejm VIII kadencji ustawy nie przyjął, a projekt trafił do kosza.

Nie był to koniec „ustawowej odysei”. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego nie dał za wygraną i wiosną 1986 r. rozpoczął kolejną batalię o przywrócenie samorządu lekarskiego. Ostatecznie dzięki poselskiej inicjatywie ustawodawczej projekt ustawy o samorządzie lekarskim znów stał się faktem. Trafił pod obrady Sejmu we wrześniu 1988 r. Okrągły Stół przyspieszył polityczne zmiany, a reformą systemu opieki zdrowotnej zajął się jeden z podzespołów.

Prof. Edmund Wnuk-Lipiński w tamtym czasie mówił o potrzebie upodmiotowienia pracowników dzięki legalizacji „Solidarności”, o odpolitycznieniu służby zdrowia, usamodzielnieniu placówek służby zdrowia, wprowadzeniu samorządu pracowniczego, odrodzeniu samorządu lekarskiego, zniesieniu barier dla rozwoju różnorodnych form opieki zdrowotnej – publicznej, społecznej i prywatnej, wreszcie mówił o ekonomicznej służby zdrowia połączonej z radykalną reformą ubezpieczeń społecznych. Czyż nie brzmi to znajomo? I jakże aktualnie.

To nie koniec tej zawilej, ale jakże pouczającej nas wszystkich historii. 5 kwietnia 1989 r. podpisano porozumienia Okrągłego Stołu. Niecałe dwa tygodnie później zaprezentowano efekt prac specjalnej podkomisji sejmowej, która zajmowała się projektem ustawy o samorządzie lekarskim. Jej przeciwnicy nie składali jednak broni – proponując szerokie konsultacje społeczne, próbowali opóźnić prace, a to oznaczałoby oczywiście, że wraz z zakończeniem IX kadencji Sejmu kolejny już projekt znów znajdzie się w koszu.

“
I Krajowy Zjazd Lekarzy w grudniu 1989 r. otworzył przed naszym środowiskiem nowe perspektywy.

Udało się tego uniknąć i 17 maja 1989 r. ustawa – już nie jako ustawa o samorządzie lekarskim lecz o izbach lekarskich – została uchwalona jednogłośnie.

Przypominam te fakty nie dlatego, by Państwa nimi zanudzać, ale by jednym odświeżyć pamięć, a innym opowiedzieć o meandrach ustawy, która miała symboliczny wymiar – oznaczała bowiem kruszenie fundamentów mijającego porządku i odbudowywanie tradycji lekarskiej samorządności. Miała też wymiar czysto ludzki, codzienny i bardzo przyziemny – entuzjazmu, energii, determinacji, wiary, zaangażowania i optymizmu.

Był zapał i bezinteresowność naszych koleżanek i kolegów, którzy nie szczędząc czasu, swoimi – bywało – leciwymi samochodami, na resztkach limitowanego wówczas paliwa, wozili materiały, dokumenty, udostępniali swoje mieszkania, spontanicznie organizowali zbiórki pieniędzy. Była radość tworzenia i wiara w lepszą przyszłość.

Przyjęcie ustawy to był pierwszy krok. Potem zaczęła się już mniej spektakularna praca organizacyjna.

I Krajowy Zjazd Lekarzy w grudniu 1989 r. otworzył przed naszym środowiskiem nowe perspektywy. Z jednej strony było to nawiązanie do tradycji, z drugiej śmiałe spojrzenie w przyszłość. To przełomowe wydarzenie uruchomiło ciąg kolejnych, znaczących zmian. Kształtowały się liczba i zakres terytorialny okręgowych izb lekarskich. Pracę rozpoczęli rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie.

I Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy, obradujący w Bielsku Białym, dokładnie dwa lata po przyjęciu ustawy, uchwalił Kodeks Etyki Lekarskiej, obowiązujący do dziś.

Ustawa z 2 grudnia 2009 r. wprowadziła zmiany, które uczyniły nas już faktycznymi kontynuatorami samorządności przedwojennych izb lekarskich i – jeszcze – XIX-wiecznych tradycji naszych korporacji zawodowych. W 2021 r. z dumą będziemy świętować stulecie izb lekarskich w Polsce. A jak wygląda teraźniejszość?

W Polsce jest prawie 195 tys. lekarzy i lekarzy dentystów, skupionych w 24 okręgowych izbach lekarskich.

Samorząd lekarski sprawuje pieczę nad należyty i sumienny wykonywaniem zawodu lekarza, przyznaje prawo wykonywania zawodu, może je zawieszać lub jego pozbawiać, uznaje kwalifikacje lekarzy, wypełnia zadania związane z odpowiedzialnością zawodową, czuwa nad poziomem doskonalenia zawodowego lekarzy. Prowadzi rejestry lekarzy, rejestry praktyk i podmiotów kształcących. Integruje medyków – sportowców i medyków artystów: plastyków, pisarzy, poetów, fotografików, muzyków, bo wśród nas jest wielu prawdziwych ludzi renesansu. Fundacja Lekarze Lekarzom niesie pomoc Koleżankom i Kolegom oraz ich rodzinom, tym, którzy znaleźli się w trudnym położeniu.

Naszym zadaniem jest obrona i ochrona lekarzy, dbanie o prestiż zawodu i jego dobre imię, ale również wypowiedzanie się w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia, także opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza.

Wiele lat temu, na III Krajowym Zjeździe Lekarzy, wśród uczestników przeprowadzono badanie opinii. Wynikało z niego, że wyżej oceniano działania samorządu skierowane do wewnątrz, a więc na przykład pracę rzeczników odpowiedzialności, sądów lekarskich, niżej natomiast te skierowane na zewnątrz. Krytykowano brak sukcesów w staraniach o większe środki na ochronę zdrowia czy mały wpływ na proces reform w systemie ochrony zdrowia.

No cóż... – chciałoby się powiedzieć – nic nowego, bo podobne głosy słyszymy również dziś. Trzeba być realistą. Możliwości naszego działania są takie, na jakie pozwalają nam przepisy prawa. Ale wciąż musimy się uczyć egzekwowania naszych praw i robić to, co najważniejsze, konsekwentnie.

Obszarów, które wymagają naszej reakcji, jest bardzo dużo. Podstawowy to kadry. Wśród nas dominuje generacja siwowłosych. Ok. 25 proc. naszych koleżanek i kolegów jest w wieku emerytalnym, odczuwamy lukę pokoleniową. W szpitalach brakuje personelu medycznego. Coraz częściej słyszymy o zamykaniu oddziałów czy całych placówek.

Zarówno rządzący i my, jako samorząd, stajemy przed dylematami, skąd i jak pozyskać kadry. Pomysłów jest wiele: otworzyć granice, zmienić programy studiów i szkoleń, zrestrukturizować kompetencje personelu medycznego, zmniejszyć liczbę specjalizacji, dopuścić inne zawody medyczne do zadań dotychczas przypisanych tylko lekarzowi. W tych dyskusjach to na nas spoczywa obowiązek przypominania o bezpieczeństwie pacjenta, granicach odpowiedzialności zawodowej, o powinnościach lekarza i etyce zawodowej. Podobnie zresztą jak upominanie się o finanse, sprawną organizację, dostęp do nowoczesnej diagnostyki i terapii, a w końcu – ulokowanie ochrony zdrowia na najwyższej pozycji listy priorytetów rządu. Chcemy, aby pacjenci byli leczeni w warunkach na miarę XXI w., a lekarze mogli im pomagać zgodnie ze swoją wiedzą i umiejętnościami. To tylko wycinek spraw, z którymi się mierzymy. Różny jest ich kaliber, ale zawsze staramy się łączyć dwie perspektywy: lekarza i pacjenta.

Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie zapisano, że samorząd zawodowy reprezentuje osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawuje pieczę nad należyty wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Daje to nam podstawę i moralne prawo,

“

To tylko wycinek spraw, z którymi się mierzymy. Różny jest ich kaliber, ale zawsze staramy się łączyć dwie perspektywy: lekarza i pacjenta.

by mówić głośno o niedomaganiach systemu i zagrożeniach.

Przed nami jest cała lista wyzwań. Z jednej strony mamy obowiązki wobec własnych członków, z drugiej zaś wobec społeczeństwa, które przyznało nam szeroki zakres autonomii. Odpowiedzią na to jest kodeks etyki zawodowej, instytucje, które stoją na jego straży, a więc rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sąd zawodowy. Zawsze punktem odniesienia jest etyka lekarska, a nasze fundamentalne zasady to:

- traktuj chorego jak kogoś bliskiego,
- postępuj zgodnie ze swoim sumieniem i najlepszą wiedzą,
- staraj się, aby ta wiedza była aktualna i szeroka,
- szanuj każdego człowieka,
- traktuj swoich kolegów lekarzy z należytym im szacunkiem i to zarówno najstarszych, jak i najmłodszych.

Nie tylko przy okazji jubileuszu towarzyszy nam pytanie, co zrobić, by lepiej wypełniać sedowane przez państwo zadania, realnie wpływać na kształt systemu ochrony zdrowia, nie tracąc z oczu pacjenta, który często zagubiony w systemie, zderza się z brakiem empatii, fałszywie rozumianą ekonomizacją, relatywizmem, zanikiem zwykłego ludzkiego zrozumienia i współczucia. Przecież jesteśmy nie dla systemu, tylko dla pacjenta. System ma być dla człowieka.

Chcielibyśmy, aby kreatorzy naszego systemu ochrony zdrowia również tak myśleli o lekarzu i mieli w pamięci mniej znany i rzadko cytowany fragment przysięgi Hipokratesa: „Jeżeli przysięgi tej dochowam i nigdy jej nie naruszę, niechaj mi wolno będzie żyć w szczęśliwości i poważaniu po wsze czasy i używać owoców sztuki mojej...”

REFLEKSJE I NADZIEJE

Kiedy myśłą wrócimy do przeszłości i przypomnimy sobie determinację naszych Koleżanek i Kolegów, a także nas samych, by mimo przeciwności walczyć o przyszłość, to nie będzie dziwić zapał naszych młodszych kolegów protestujących przeciwko chronicznemu niedofinansowaniu ochrony zdrowia. Oni – podobnie jak my przed laty – wierzą,

że nie ma powodu, byśmy pozostawiali w ogonie Europy.

Nie są to tylko ich ambicje. To są ambicje całego środowiska lekarzy i lekarzy dentyków. Stać nas na więcej! Dlaczego z poprawy szeroko rozumianej kondycji zdrowotnej Polaków nie uczynić ponadpartyjnego i ponadpokoleniowego wyzwania cywilizacyjnego, społecznego, gospodarczego, technologicznego, organizacyjnego i kulturowego? Wszystko po to, by wreszcie w sposób nowoczesny zacząć traktować zdrowie jak opłacalną, długoterminową inwestycję, która – koniec końców – przekłada się przecież na wzrost gospodarczy. Wszyscy, którzy takie wyzwanie podejmą, mogą liczyć na wsparcie samorządu lekarskiego.

Nasza wielopokoleniowa, lekarska historia pokazuje, że warto mierzyć wysoko, być konsekwentnym, zjednywać sobie sojuszników, budować koalicje, umieć wykorzystywać odpowiedni moment i iść za ciosem. Czasem dla dobra sprawy przełknąć porażkę i wykonać krok wstecz, by za jakiś czas znów ruszyć do przodu.

Potrzeba dalekowzroczności stratega, wytrwałości wojownika, elastyczności taktyka, a przede wszystkim... szerokich horyzontów lekarza humanisty.

Historia wieloletnich starań o odrodzenie izb lekarskich i samorządności naszej profesji pokazuje, że nie można tracić ducha i nadziei. Dowodzi, jak potrzebna jest cierpliwość, konsekwencja, siła wspólnoty, integracja środowiska i duch pozytywistycznej pracy u podstaw. To one towarzyszyły pokoleniom polskich lekarzy, którzy mieli mocno zakodowane poczucie odpowiedzialności za dobro wspólne.

W dzisiejszych czasach takie stwierdzenia wydają się górnolotne, ale przy takich okazjach jak jubileusz 30-lecia można, warto, a nawet trzeba, by wybrzmiały. To wyraz szacunku dla naszych poprzedników i naszych mistrzów. To dla współczesnych słowa otuchy, optymizmu i wiary, że warto działać razem. Bo przecież każdego dnia dopisujemy ciąg dalszy naszej historii. Gdy będąc tu i teraz, oglądamy się wstecz, widzimy, że historia może się nie powtarzać, ale rymuje z teraźniejszością. Trzeba ją znać i szanować, bo jak powiedział Józef Piłsudski: „Ten kto nie szanuje i nie ceni swej przeszłości, nie jest godzien szacunku teraźniejszości ani prawa do przyszłości”.

Dlatego dziękuję wszystkim, którzy dzisiaj są z nami. Wspólnie oddajemy szacunek naszym poprzednikom, twórcom samorządu lekarskiego na ziemiach polskich i w Odrodzonej Ojczyźnie, tym wszystkim, którzy czterdzieści i trzydzieści lat temu wierzyli w siłę samorządności i doprowadzili do jej odnowy, i tym, którzy w ruchu samorządowym pokładają nadzieję, bo widzą w nim animatora i sprzymierzeńca w tworzeniu sprawnego, przyjaznego i nowoczesnego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Systemu, który nikogo nie wypycha poza nawias, nie pozostawia bez pomocy, wsparcia, życzliwości i choćby isierki Nadziei. Systemu, który szanuje i uwzględnia opinie lekarzy i lekarzy dentyków, docenia ich wiedzę, profesjonalizm i zaangażowanie. To jest przesłanie dla naszego samorządu na kolejne lata. To jest nasza misja dla dobra wspólnego. Dla nas wszystkich. ■

(Przemówienie prezesa NRL A. Matyi podczas jubileuszowej gali 30-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego, 7 grudnia 2019 r., Teatr Polski w Warszawie)

“

Przecież jesteśmy nie dla systemu, tylko dla pacjenta. System ma być dla człowieka.

SKRINING

Marszałek Senatu w NIL

Poza pełnieniem funkcji Marszałka Senatu jestem lekarzem, dlatego naturalne wydaje się, że pierwsze rozmowy dotyczące sytuacji ochrony zdrowia w naszym kraju chciałbym rozpocząć z samorządem lekarskim – powiedział prof. Tomasz Grodzki, nowy Marszałek Senatu RP, podczas spotkania z członkami NRL. Doszło do niego 22 listopada w siedzibie NIL. Rozmawiano przede wszystkim o aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia. Marszałek zadeklarował gotowość do dialogu i współpracy z samorządem lekarskim, podkreślając, że sam do niego należy i brał aktywny udział w pracach OIL w Szczecinie. Zapowiedział, że jedna z jego pierwszych inicjatyw będzie dotyczyć ograniczenia biurokracji, na którą skarży



się wielu lekarzy. W czasie posiedzenia NRL marszałek Tomasz Grodzki wraz z prezesem NRL Andrzejem Matyją wręczyli nagrody młodym lekarzom za najlepiej zdany w sesji jesiennej 2019 r. LEK (dr. Łukaszowi Kaczmarkowi) i LDEK (dr. Ewie Izabeli Woszczyk). ■

Prof. Tomasz Grodzki
i prof. Andrzej Matyja



gazetalekarska.pl

Poinformuj

Od kilku tygodni NFZ przygląda się nagłościonym w mediach przypadkom zawierania przez placówki kontraktów, a dokładnie zawartych w nich zapisom dotyczącym kosztów badań zlecanych pacjentom przez lekarzy. Okazuje się, że mogą one naruszać obowiązujące przepisy. Na proceder zareagował natychmiast prezes NRL Andrzej Matyja, zwracając się do lekarzy i lekarzy dentystów z prośbą o informowanie NIL o przypadkach obniżania kwoty wynagrodzenia należnego lekarzowi o koszty zleconych badań. – Wiedza o skali tego zjawiska pozwoli na podjęcie odpowiednich kroków w tej kwestii – podkreśla prezes NRL. ■

Dla seniorów

6 grudnia, czyli w Mikołajki, delegacja NIL uczestniczyła w przedświątecznym spotkaniu w Domu Lekarza Seniora im. dr. Kazimierza Fritza w Warszawie. – Pojechaliliśmy złożyć życzenia z drobnymi, mikołajkowymi upominkami, jako symbolem pamięci o naszych starszych koleżankach i kolegach, o naszych mistrzach. Doceniamy ich pracę, jesteśmy ich kontynuatorami, staramy się o nich pamiętać – mówi Kazimierz Kłodziński, przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rentistów NRL. ■

Inwestuj w zdrowie

Zdrowie społeczeństwa to inwestycja, a nie wydatek” – pod takim hasłem w dniach 28-29 listopada odbył się V Międzynarodowy Kongres Zdrowia Publicznego we Wrocławiu. Ekspertki dyskutowali m.in. o poprawie jakości i źródłach finansowania ochrony zdrowia oraz jej niezależności od polityki. – Solidarnie wydajemy, ale niesolidarnie wpłacamy – podkreślił prezes NRL prof. Andrzej Matyja, odnosząc się m.in. do wysokości składek rolników i przedsiębiorców. Zwrócił uwagę, że podział środków finansowych wymaga narodowego konsensusu i należałoby oddzielać wydatki na zdrowie publiczne od medycyny interwencyjnej. Podkreślił, że trzy najważniejsze obszary w ochronie zdrowia, wzajemnie wpływające na siebie, to: finansowanie, organizacja systemu oraz zasoby kadrowe, a wpływając na jeden z nich, trzeba baczyc na konsekwencje w pozostałych. Przewodniczącym komitetu naukowego i organizacyjnego kongresu był prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego prof. Andrzej M. Fal. ■



KRZYSZTOF MADEJ

wiceprezes NRL

Nie coś za coś, tylko co ponad

Cherubini dmą w trąbki, chóry pieją, putta polatują w górnych partiach i zdaje mi się, że nawet płatki róż opadały przez chwilę spod górnej krawędzi obramowania naszej kompozycji.

Mamy oto jubileusz 30-lecia działania odrodzonego, po 39 latach niebytu, samorządu lekarskiego i uroczystości z tego powodu cała seria przez Polskę, na wskroś. Więcej nawet, kończący się rok 2019 cały był rokiem jubileusowego trzydziestolecia. To czczenie kolejnych, odmierzanych pięciolatkami rocznic trwania samorządu lekarskiego, wpisało się w jego istnienie tak mocno, że stało się niemalże elementem jego misji.

Każda prawie kadencja ma swój jubileusz. Nie było jubileuszu w pierwszej kadencji, trudno było bowiem czcić pięciolecie istnienia samorządu w trakcie czteroletniej kadencji. Nie było też jubileuszu w kadencji szóstej, bo rocznice jej nie objęły i rozjechały się na sąsiednie. Za to w obecnej kadencji, ósmej, mamy dwa jubileusze: w roku bieżącym odbyliśmy już bale z okazji 30-lecia, a w roku 2021 będziemy świętować 100-lecie powołania do życia izb lekarskich w takim mniej więcej kształcie, w jakim przywrócono je po reaktywacji w 1989 r. i w którym trwają do dziś.

Standardem retorycznym przemówień jubileuszowych, które

w czasie tych uroczystości są wygłaszane, jest pewna natrętnie powtarzana fraza. Opiszmy przeszłość, udokumentujmy nasze w tym czasie dokonania, oceńmy czas przeżyty, przeanalizujmy, co nam się nie udało i co nie wyszło, znajdziemy przyczyny tych niepowodzeń, by na tej podstawie wymyśleć inne, lepsze formy działania. Bardziej skutecznego, ma się rozumieć.

Pierwsza część tej frazy realizowana jest zawsze z wielkim rozmachem. Ileż to ludzi przewinęło się przez nasze szeregi, jaki ich legion trwa wiernie przy izbach od samego początku i wcale się nie frustruje, ileż to odbyliśmy posiedzeń, ileż narad i zjazdów; ile wydaliśmy oświadczeń i apelów, ile uchwaliliśmy uchwał, ile zaopiniowaliśmy projektów aktów prawnych; ileż to zorganizowaliśmy protestów, marszów ulicznych, pikiet i tumultów; ileż to zawarliśmy porozumień, paktów i taktycznych przyjaźni; ileż to zawarliśmy sojuszy; ile przeprowadziliśmy nadzwyczaj przewrotnych i skomplikowanych gier politycznych i układów; ileż powołaliśmy komisji i komitetów; ile zorganizowaliśmy akcji medialnych; ile imprez dla najmłodszych, średnich i najstarszych; ile wybudowaliśmy biur; ile było wernisaży; ile spotkań literackich; ile środków przepłynęło przez nasze struktury? Na jednej z imprez jubileuszowych organizatorzy tak się rozpędzili w swoim sprawozdawczym entuzjazmie, że przedstawiając listy dokonań, pokazali w podobnym kontekście imponująco bogatą listę zmarłych działaczy, tak jakby to też było zasługą samorządu. Kto wie? Patrząc na siwe głowy zebranych na zjazdach i biorąc pod uwagę średnią ich wieku, ten typ zasług

“

Lekko mi właśnie w tej chwili przebiegają ciarki po grzbiecie, bo czuję, że ryzykownie zbliżam się do pewnej granicy, którą niektórzy zechcą nazwać defetyzmem.

rzeczywiście może mieć tendencję wzrostową i być rozwojowym „dorobkiem” samorządu. Ale cóż! Taka jest natura każdej organizacji życia zbiorowego, a szczególnie jej gremiów kierowniczych, że sprawozdają nieustanny wzrost i rozwój oraz odnoszą pasmo sukcesów. Klasycznym tego przykładem jest każdy kolejny rząd, który zawsze jest o niebo lepszy od poprzedniego i naprawia to, co poprzednie do cna popsuły. Nic dziwnego. Każda z tych organizacji powoływana jest po to, aby odnosić sukcesy i aby jej członkom było coraz lepiej, więc sukcesy muszą być raportowane.

Gdy zaś weźmiemy pod lupę drugi człon oratorskiego schematu naszych „trybunów ludowych”, tj. analizę niespełnień, niedokonani i porażek, to sprawa wygląda błado. Czyli coś, co jest nieustannie deklarowane, nie jest wykonywane z powodu przytoczonych powyżej prawidłowości socjopsychologicznych.

Lekko mi właśnie w tej chwili przebiegają ciarki po grzbiecie, bo czuję, że ryzykownie zbliżam się do pewnej granicy, którą niektórzy zechcą nazwać – wyrażę to w sposób najbardziej ukryty w trudnej terminologii – defetyzmem. Mam jednak na myśli nie malkontenctwo i krytykanctwo, lecz to, co w teoriach zarządzania i sterowania nazywa się informacją zwrotną.

A więc precyzyjnie określony i zweryfikowany cel istnienia organizacji i jej działania (a nie tylko czysta idea unosząca się gdzieś w przestrzeni duchowej) i mozolna praca nad wymyślaniem dróg dojścia do tego celu. A idee wysokie? Nic im nie umniejsza, nawet nieskuteczność w ich osiągnięciu, one zawsze bronią się same.

Niedawno rozmawiałem z pewnym prezesem jednego z kilkudziesięciu lekarskich towarzystw naukowych, który w pewnym momencie zadał mi dramatyczne pytanie, po co istnieje towarzystwo, którym on kieruje? Próbowałem mu pomóc w jego frustracji, przytaczając teorię, że stowarzyszenia powoływane są po to, aby zbiorowym

wysiłkiem jego członkowie osiągalni cele, które nie są osiągalne wysiłkiem jednostkowym. Znaleźliśmy tylko jeden taki cel. Bycie prezesem towarzystwa i posiadanie swojego prezesa w towarzystwie wymaga woli członków towarzystwa, aby być członkami tegoż towarzystwa. O woli bycia prezesem nie warto było w tej sytuacji rozmawiać. O jakże szkoda mi się go wówczas zrobiło.

Marzy mi się taka dyskusja, co i jak nasz samorząd powinien robić ponad to, co cały czas robi? A więc nie coś za coś, tylko co ponad?

Choć było to już niedawno przytaczane, przypominę natrętnie – jak to się dziś modnie mówi – mit założycielski samorządu lekarskiego. Integracja środowiska lekarskiego, odbudowanie wysokiego statusu społecznego lekarskiego stanu, współautorstwo i współudział w zbudowaniu (w końcu i do cholery) jakiegoś spójnego, w miarę przyjaznego społecznie systemu ochrony zdrowia. Takiego, który chroniłby każdego z nas z osobna i w skali społecznej przed nieustannym lękiem, przed nieuzyskaniem adekwatnej pomocy medycznej w godzinie kryzysu zdrowotnego. I skutkami tego lęku.

O czym mówią poszczególne części tego mitu? Ja mam często „pomieszanie zmysłów” w tej materii. A co sądzą na ten temat Szanowni Państwo, czyli nasi Drodzy Czytelnicy? Środowisko, częściowo publiczna, częściowo wewnętrzna i podskórna debatana te tematy stale powinna być przez nas „rozkrećana”.

Dla przykładu, co to znaczy integracja środowiska lekarskiego? Mówi się, w tymże naszym środowisku ostatnio coraz częściej, że powodem licznych i nasilających się kłopotów z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia jest postępujące i groźne już rozwarstwienie tegoż środowiska. Czy ten sąd jest prawdziwy? Co on tak naprawdę znaczy? Na czym miałyby polegać ta mityczna integracja? Jakimi miarami i narzędziami mierzyć tę dezintegrację i integrację? To zadanie zapisane jest w ustawie, wszyscy niby wiedzą, o co chodzi, ale co robić dalej i konkretnie, już nie bardzo. Pozostałe części mitu założycielskiego zostawię na później.

Kiedys jeden z moich niegdysiejszych guru powiedział mi, że najbardziej wierzy tym politykom, którzy prawidłowo nazywają problemy społeczne i oświadczają publicznie, że nie wiedzą, jak je rozwiązać (niezwykle rzadko się tacy zdarzają). Tylko tacy dają rękojmię, że wymyślą coś mądrego. Najgorsi są tacy, co znają odpowiedź na każde pytanie i to już od dawna, bo tacy, mimo tej pozornej kompetencji, nie zmieniają rzeczywistości.

Ja, aby wypełnić to kryterium wiarygodności, przedstawiam się Państwu jako ten, który nie wie, co robić dalej, ale chętnie zacząłbym od sporządzenia listy tego, co się nam nie udało. ■

“

Jakimi miarami i narzędziami mierzyć dezintegrację i integrację? To zadanie zapisane jest w ustawie, wszyscy niby wiedzą, o co chodzi, ale co robić dalej i konkretnie, już nie bardzo.

SKRINING

Idea Jednego Zdrowia

4

grudnia w siedzibie NIL odbyła się druga międzynarodowa debata dotycząca wdrażania idei Jednego Zdrowia w kształceniu przeddyplomowym lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów i lekarzy weterynarii.

Koncepcja Jednego Zdrowia odnosi się do ochrony zdrowia człowieka w powiązaniu z ochroną zdrowia zwierząt i przy uwzględnianiu wpływów środowiska naturalnego na zdrowie ludzi i zwierząt. W debacie udział wzięło

ok. 50 uczestników, którzy zastanawiali się, jakie interdyscyplinarne zagadnienia powinny być ujęte w kształceniu akademickim oraz w jaki sposób przekazywać je studentom. Podkreślano, że w celu osiągnięcia lepszych rezultatów w zakresie zdrowia publicznego istnieje potrzeba opracowania i wdrożenia działań obejmujących komunikację i współpracę wielu zawodów. Aby przeciwdziałać rosnącym transgranicznym zagrożeniom dla zdrowia (np. rozprzestrzenianie się zakaźnych chorób odzwierzęcych, zwiększona odporność mikroorganizmów na antybiotyki), konieczne jest opracowanie ram interdyscyplinarnego podejścia do tych kwestii, zaczynając już na etapie kształcenia akademickiego. MS ■



gazetalekarska.pl

Odznaczenia PTL dla samorządowców

Polskie Towarzystwo Lekarskie przyznało najważniejsze tytuły i odznaczenia PTL za rok 2018. W gronie uhonorowanych znaleźli się m.in. prezes ORL w Krakowie Robert Stępień i członek Prezydium NRL Jerzy Friediger. Uroczystość odbyła się 25 października, tradycyjnie w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie. Najważniejszym momentem gali było wręczenie Medali Gloria Medicinæ, najwyższego odznaczenia PTL. Otrzymali je: dr Jerzy Friediger, dr Robert Stępień, a także dr Kornelia Król, prof. Alicja Wiercińska-Drapało, prof. Grażyna Rydzewska, dr Przemysław Janik, dr Eugeniusz Muciek, prof. Mariusz Frączek, prof. Jerzy Kotowicz, prof. Krzysztof Kuzdak. Tytułem „Medicus Nobilis” uhonorowano prof. Tadeusza Tołłoczkę, a profesorowie Wojciech Noszczyk i Henryk Skarżyński zostali członkami honorowymi PTL. Tytuł i odznaczenie „Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie” otrzymali m.in.: dr Ewa Klamczyńska, dr Ewelina Sielska-Badurek oraz Andrzej Surowiecki, prezes Fundacji OIL w Warszawie Pro Seniore. Tytułem i odznaczeniem „Bene Meritus”



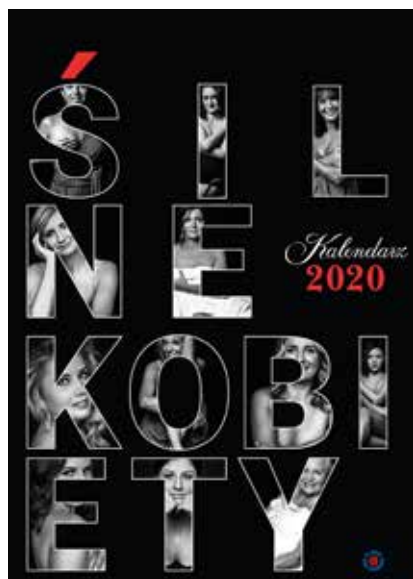
Dr Robert Stępień i dr Jerzy Friediger

uhonorowano dr Annę Kutkowską-Kass, prof. Krzysztofa Bieleckiego i dra Dariusza Wasilewskiego. Dr Violetta Tuchorska otrzymała tytuł „Medicus Perfectus”. – To uhonorowanie państwa odpowiedzialnej, trudnej pracy dla dobra chorego, a także wiedzy i profesjonalizmu. Swoimi osiągnięciami naukowymi i dydaktycznymi zapewniacie ciągłość wiedzy, którą przekazujecie młodszemu pokoleniom – powiedział prezes PTL prof. Waldemar Kostewicz. ■

Awarie e-ZLA

Z uwagi na liczne sygnały wskazujące, że system Elektronicznych Zwolnień Lekarskich posiada liczne wady techniczne i ulega częstym awariom, prezes NRL Andrzej Matyja zwrócił się do prezes ZUS Gertrudy Uścińskiej o wyjaśnienia przyczyn tych problemów oraz wskazanie terminu, kiedy zostaną zlikwidowane. Samorząd lekarski uważa, że w sytuacjach usterek leżących po stronie oprogramowania ZUS, lekarz nie powinien być zobowiązany do poświęcania swojego czasu wolnego na to, aby ręcznie wypełnić wydrukowany wcześniej formularz, a po usunięciu awarii dodatkowo wprowadzić dane do systemu. Nie ma uzasadnienia, aby obciążać lekarza w taki sposób, szczególnie gdy do analogicznych sytuacji dochodzi z bardzo dużą częstotliwością lub awaria trwa kilka dni, co miało miejsce na przełomie października i listopada. Prezes Matyja zaapelował, aby w przypadku awarii lekarz mógł wystawiać zaświadczenie lekarskiej jedynie w formie papierowej bez późniejszego obowiązku wprowadzania do systemu elektronicznego. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE



Lekarki bohaterkami kalendarza

12

lekarek zrzeszonych w Śląskiej Izbie Lekarskiej wsparło swoim wizerunkiem akcję charytatywną, której celem jest promowanie profilaktyki chorób kobiecych, ze szczególnym uwzględnieniem chorób onkologicznych. Artystyczne zdjęcia znalazły się w unikalnym kalendarzu „ŚILne Kobiety”. Sesja fotograficzna odbyła się w siedzibie ŚIL.

Każda fotografia opatrzona jest hasłem, które opowiada historię bohaterek kalendarza,

udowadniając, że choroba nowotworowa nie wybiera, nie chroni przed nią biały fartuch, a lekarz, tak samo jak jego pacjent, może zachorować.

– Chcemy przekonać kobiety do badań profilaktycznych. Jeśli choć jedna z pań, patrząc na kalendarz, postanowi wykonać cytologię lub przebadać piersi, będzie to nasz ogromny sukces – mówi prezes ORL w Katowicach dr n. med. Tadeusz Urban.

Kalendarze przekazano Fundacji NU-MED, która jest odpowiedzialna za ich dystrybucję. Można je pozyskać, wpłacając cegiełkę. Zebrane pieniądze zostaną przeznaczone na zorganizowanie bezpłatnych badań profilaktycznych dla kobiet (www.fundacjanumed.pl). ■

Debata dyrektorów z samorządowcami

W Wielkopolsce ponad 25 proc. lekarzy i lekarzy dentyków wykonujących zawód to osoby w wieku emerytalnym. Braki kadrowe dotyczące lekarzy różnych specjalności to jeden z wielu problemów szpitalnictwa, obok trudności w obsadzie dyżurowej, brakach personelu pielęgniarskiego, problemach z przyjmowaniem nieletnich czy trudnej sytuacji finansowej. Między innymi o tych kwestiach mówiono na spotkaniu dyrektorów ds. medycznych 20 wielkopolskich szpitali na konferencji zorganizowanej przez Wielkopolską Izbę Lekarską. Jednym z wykładów konferencji był Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona, który mówił o etapach postępowania przed organami odpowiedzialności zawodowej i przykładach spraw prowadzonych w izbach lekarskich dotyczących działań podejmowanych przez lekarzy, a także przez dyrektorów szpitali. ■

0 etyce w Ustroniu



Za nami 3. Wspólne Posiedzenie Komisji ds. Etyki Okręgowych Rad Lekarskich, tym razem pod hasłem „Wyzwania etyczne w medycynie 2019”. Spotkanie odbyło się w listopadzie w Ustroniu z inicjatywy Komisji ds. Etyki Lekarskiej ORL w Katowicach, której przewodniczącym jest prof. Jarosław Markowski.

Wykład inauguracyjny wygłosił przewodniczący Komisji ds. Etyki Lekarskiej NRL dr hab. Andrzej Wojnar. Prof. Tadeusz Tołłoczko opowiadał o „wierze w dobro, prawdę i sprawiedliwość”. Przewodniczący Ośrodka Bioetyki NIL dr hab. Marek Czarkowski mówił o KEL

w obliczu zróżnicowania światopoglądowego lekarzy i pacjentów, a przewodniczący Zespołu ds. Telemedycyny NRL Artur Drobnik – o aspektach etycznych związanych z telemedycyną.

Jedną z sesji dotyczyła stanu zaawansowania prac nad projektem komentarza do wybranych przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej (komentarz ma być zatwierdzony przez Krajowy Zjazd Lekarzy w maju przyszłego roku). Dyskutowano także m.in. o etyce lekarskiej wobec publicznej dyskusji dotyczącej eutanazji, gdzie głos zabrali m.in. wiceprezes NRL dr Jacek Kozakiewicz. ■

Warszawa świętuje odrodzenie samorządu



gazetalekarska.pl

Uroczysty PWZ

12 listopada niemal 200 lekarzy i lekarzy dentyistów z Wielkopolski uroczystie odebrało prawo wykonywania zawodu. – Jest tylko jeden najważniejszy czas, ten czas to teraz – powiedział do zebranych prezes ORL WIL Artur de Rosier. W uroczystości udział wzięli członkowie rodziny oraz najbliżsi odbierających – najmłodszy gość miał dopiero kilka miesięcy. ■

Misja lekarzy na Madagaskarze



gazetalekarska.pl



Ponad 3 tys. zbadanych pacjentów, tysiąc rozdanych okularów, 200 kg leków i sprzętu, kilkadziesiąt badań USG i mnóstwo innych – wylicza lekarka Lidia Stopyra, pediatra i specjalista chorób zakaźnych z Krakowa, podsumowując misję medyczną na Madagaskarze, w której uczestniczyła z trójką innych lekarzy.

Wraz z okulistką Zofią Sikorską, pediatrą w trakcie specjalizacji z chorób zakaźnych Izabelą Szymońską i specjalistą chorób zakaźnych Jakubem Losterem spędziła w regionie Mampikony na północy wyspy ponad dwa tygodnie. Akcję sfinansowała Polska Fundacja dla Afryki.

Główne problemy lokalnej społeczności to choroby zakaźne, w tym m.in. gruźlica, malaria, trąd, schistosomatoza. Było też wielu pacjentów onkologicznych, jednak im w warunkach misji polscy lekarze nie mogli pomóc. ■



W listopadzie minęło 30 lat od I Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie, który zainaugurował pierwszą kadencję reaktywowanego samorządu lekarskiego. OIL w Warszawie uczciła to wydarzenie, organizując konferencję historyczną w Auditorium Maximum Uniwersytetu Warszawskiego. Krzysztof Makuch, szef komitetu organizacyjnego obchodów 30-lecia OIL w Warszawie, zabrał uczestników spotkania w sentymentalną podróż do czasów, kiedy odradzał się samorząd lekarski, i dalej – poprzez trzy kolejne dekady funkcjonowania warszawskiej izby. Były prezes

warszawskiej ORL Mieczysław Szatanek przypomniał o działaniach poszczególnych kadencji ORL w Warszawie i problemach, z którymi trzeba było się mierzyć. Obecny prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski opowiedział o inicjatywach, które izba podejmowała w ostatnim czasie, a także o wyzwaniach na przyszłość. – Dla mnie bardzo ważne jest, aby samorząd aktywnie stał w obronie lekarzy, którym dzieje się krzywda – mówił Łukasz Jankowski.

W ostatnich tygodniach jubileusz 30-lecia odrodzenia izb lekarskich obchodzono też w izbach w Białymstoku, Łodzi i Wrocławiu. ■

Spotkanie redaktorów

Druk umiera czy żyje? – to temat dyskusji, która toczyła się wśród uczestników spotkania redaktorów biuletynów okręgowych izb lekarskich i „Gazety Lekarskiej”. Wydarzenie odbyło się 6 grudnia w siedzibie NIL.

Urszula Radzińska, ekspert rynku content marketing, przekonywała, że prasa drukowana może być interesującym medium. Ważne, aby prezentowane treści były pogłębione i trafiały w potrzeby czytelnika. W czasach, gdy

codziennie mnóstwo czasu spędzamy przed ekranem komputera, smartfona czy tableta, mamy coraz większą potrzebę wyłączenia się z sieci. Poza tym prasa papierowa wciąż daje dużo większe poczucie wiarygodności publikowanych treści. Jej zaletą jest też to, że skupia uwagę w dużo większym stopniu niż media internetowe. Podczas spotkania redaktorzy dyskutowali również o zmianach, jakie dokonały się w biuletynach izbowych w VIII kadencji samorządu lekarskiego i wyzwaniach na przyszłość. ■

LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

30 LAT ODRODZONEGO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Gala jubileuszowa

7 grudnia 2019 r. w Teatrze Polskim w Warszawie odbyła się uroczysta gala z okazji 30-lecia odrodzenia samorządu lekarskiego. Wybór miejsca nie był przypadkowy. To właśnie tutaj trzy dekady temu zorganizowano część I Krajowego Zjazdu Lekarzy. Choć miał on charakter roboczy – jak podkreślił w swoim wystąpieniu prezes NRL prof. Andrzej Matyja – stał się wydarzeniem historycznym. Tu tworzone podwaliny pod nowo powstały samorząd.



Na uroczystość przybyli działacze samorządu lekarskiego z całego kraju. Reprezentowali różne pokolenia. Najliczniejszą grupę stanowili najstarsi, którzy byli świadkami tworzenia się odrodzonej samorządności lub uczestnikami tego historycznego wydarzenia. Młodsze pokolenie stanowili lekarze, którzy przejęli od nich pałeczkę i rozwijają ideę samorządności lekarskiej dziś.

ZAWÓD Z POTENCJAŁEM

Uroczystość uświetniła obecność prezydenta Andrzeja Dudy wraz z Pierwszą Damą, marszałka Senatu RP prof. Tomasza Grodzkiego, ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, który reprezentował również premiera Mateusza Morawieckiego, a także byłych szefów tego resortu. Andrzej Duda zaznaczył, że zawód lekarza jest wpisany w historię ludzkości i że wykonujący go zawsze byli

wysoko cenieni w swoich społecznościach, wyróżniając się inteligencją i niezłomnością. Tomasz Grodzki podkreślił, że samorząd lekarski to wspólnota ludzi o ogromnym potencjale intelektualnym, która realizując odpowiedzialne zadanie dbania o zdrowie społeczeństwa, powinna wszelkie próby naprawy systemu ochrony zdrowia koncentrować na pacjencie. Łukasz Szumowski powiedział, że w czasie zawodowej drogi lekarskiej, która wciąż wymaga doskonalenia, należy pamiętać o swoich mistrzach, gdyż tego rodzaju relacji nie zapewni żadna instytucja czy nauka evidence based. Wypracowuje się je między ludźmi, a samorząd lekarski ma za zadanie kształtować te postawy. Prezes NRL Andrzej Matyja, kończąc część oficjalną gali, z satysfakcją odnotował, że po raz pierwszy w historii zaproszenie na uroczystość samorządu lekarskiego przyjęła głowa państwa.

PO CO ŚWIĘTOWAĆ

Jubileusze skłaniają do refleksji, podsumowań, ale też zadawania pytań, często niewygodnych. Wśród lekarzy wciąż są osoby, które się zastanawiają, po co im te izby i jakie mają profity z tytułu przynależności do korporacji zawodowej. Odpowiedzi na te pytania w dużej mierze są życiorysy osób zaproszonych na galę – lekarzy, którzy budując samorządność lekarską, przywracali temu zawodowi należną mu rangę, poważanie i godność, poświęcając temu dziełu znaczną część swojego prywatnego życia.

Prof. Tadeusz Tołłeczko, wybitny chirurg i endokrynolog, który zawsze był blisko samorządu lekarskiego, uważa, że jubileusze pozwalają spojrzeć wstecz, przeanalizować to, co udało się zrobić w ciągu minionych lat, by pod tym kątem zaplanować przyszłe działania. – Ta przeszłość wciąż się przenika z teraźniejszością.



gazetalekarska.pl

MERITUS PRO MEDICIS



Podczas uroczystości najwyższe odznaczenia samorządowe Meritus Pro Medicis wręczyli Kanclerz Kapituły prof. Andrzej Wojnar i prezes NRL Andrzej Matyja. Otrzymali je: Irena Elerowska (OIL w Łodzi), Grzegorz Krzyżanowski (OIL w Łodzi), Mariusz Pietrzak (OIL w Szczecinie), Stefan Bednarz (OIL w Krakowie), Jerzy Friediger (OIL w Krakowie), Jerzy Gryko (OIL w Białymstoku), Stanisław Kowarzyk (OIL w Opolu), Zbigniew Kuzyszyn (OIL w Opolu), Wojciech Łącki (Wielkopolska Izba Lekarska), Jacek Mikułski (OIL w Zielonej Górze), Jacek Postuła (Świętokrzyska Izba Lekarska), Zofia Waryszewska-Chrząstek (OIL w Płocku), Paweł Wróblewski (Dolnośląska Izba Lekarska), Jan Cieśllicki (Śląska Izba Lekarska), Eugeniusz Dziuk (Wojskowa Izba Lekarska), Andrzej Kunkel (Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska), Marek Szewczyński (radca prawny NIL), Marcin Wójcik (OIL w Rzeszowie). GRATULUJEMY!

Od tego procesu nie ma odwrotu, bo jest on częścią naszej tożsamości – przekonuje profesor.

Michał Kurowski, lekarz kardiolog ze Szczecina z niezwykle bogatym życiorysem, jeśli chodzi o walkę z komunistycznym ustrojem, wciąż żyje wydarzeniami dotyczącymi funkcjonowania samorządu lekarskiego. – Bardzo wysoko oceniam galę jubileuszową, ale brakowało mi przedpołudnia, spotkania, które poprzedziłoby tę uroczystość w węższym gronie działaczy. Jestem z tzw. pierwszego rozdania izbowego, pamiętam

więc, jak budowaliśmy ten samorząd na naszym entuzjazmie, na przekonaniu, że jest potrzebny i we mnie to przekonanie wciąż jest żywe – powiedział Michał Kurowski.

Wielu uczestników gali traktowało tę uroczystość jako okazję do spotkania kolegów i koleżanek, z którymi nie widzieli się od lat. Doktor Antoni Marcinek z Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie w samorządzie działał od początku. Jako ordynator dużego oddziału i szpitala miał wiele obowiązków zawodowych, ale mimo to – jak mówi – tylko raz nie był delegatem na krajowy zjazd lekarzy. Działalność w samorządzie skupił na utworzeniu w swojej macierzystej izbie namiastki funduszu powstałego z obligatoryjnego odpisu od składek lekarskich. To znacząca pomoc

na poniesienie takich kosztów – mówi Zyta Kaźmierczak-Zagórska i dodaje, że tym większy szacunek należy się kolegom samorządowcom.

Podczas uroczystości wręczano też najwyższe odznaczenia samorządowe Meritus Pro Medicis. Jedną z uhonorowanych to doktor Zofia Waryszewska-Chrząstek, która działa w samorządzie od 20 lat, w dwóch ostatnich kadencjach jako zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. – Jubileusze mają to do siebie, że pokazują wszelkie dokonania, zatem to zaszczyt być zaproszonym na taką galę. Młode pokolenie często nie uświadamia sobie, że po wojnie lekarz nie miał nic do powiedzenia ani w sprawach edukacji, ani w sprawach etyki lekarskiej, nie mówiąc już o wyborze miejsca zatrudnienia. Lekarzom potrzebna jest więź



w trudnych chwilach życia. – Nie odcinajmy się od przeszłości. Warto do niej sięgać, a jubileusze nam o tym przypominają. Są takim przystankiem, który zmusza do zatrzymania się, zastanowienia, refleksji – zaznacza Antoni Marcinek.

WIĘZ ZAWODOWA

Dla prof. Andrzeja Kierka z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej oraz Zyty Kaźmierczak-Zagórskiej, wiceprezes NRL minionej kadencji, ten jubileusz był wyjątkowy. Podczas gali zostali odznaczeni Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. – To odznaczenie dedykuję wszystkim lekarzom, którzy swoją ciężką, odpowiedzialną pracą każdego dnia udowadniają swoją niezłomność. Łączenie pracy z działalnością samorządową wymaga ogromnego wysiłku i poświęcenia. Zawsze wiąże się to ze stratą, bo brakuje czasu na rodzinę, dom, często karierę naukową, więc nie każdy decyduje się

zawodowa i poprzez działania samorządu jest ona umacniana – uważa Zofia Waryszewska-Chrząstek.

Konkluzją gali był końcowy fragment wystąpienia prezesa NRL. – Samorząd lekarski sprawuje pieczę nad należyty i sumienny wykonywaniem zawodu lekarza, przyznaje prawo wykonywania zawodu, może je zawieszać lub go pozbawiać, uznaje kwalifikacje lekarzy, wypełnia zadania związane z odpowiedzialnością zawodową, czuwa nad poziomem doskonalenia zawodowego lekarzy. Prowadzi rejestry lekarzy, rejestry praktyk i podmiotów kształcących. Integruje, niesie pomoc w potrzebie, chroni i broni lekarzy, dba o prestiż zawodu i jego dobre imię – tymi słowami Andrzej Matyja zawarł wszystko to, co izby lekarskie, codzienną, mrówczą pracę, robią dla każdego lekarza i lekarza dentysty, budując równocześnie solidne fundamenty pod kolejne dekady funkcjonowania samorządności lekarskiej. ■



Byli świadkami tych wydarzeń

Reaktywacja samorządu lekarskiego była jak pospolite ruszenie i wymagała od lekarzy ogromnego zaangażowania. Jak uczestnicy tego procesu postrzegają obecną rzeczywistość w kontekście tamtych, historycznych już dziś, wydarzeń?



DR MACIEJ Z. CZERWIŃSKI

przewodniczący
Komitetu
Organizacyjnego
Izb Lekarskich,
przewodniczący
Kujawsko-Pomorskiej
OIL w Toruniu I kadencji

Przyjaźń ze starszymi kolegami lekarzami, którzy jeszcze pamiętali samorząd lekarski krótko po wojnie, zaszczerpiła we mnie ideę jego reaktywowania i jak tylko stworzyła się taka możliwość, zaangażowałem się w ten proces. Jednak po latach niebytu trzeba było zacząć wszystko od nowa. Samorządność uniezależniała wprowadzić od sekretarzy partii, organów wojewódzkich czy innych „mandarynów”, ale też stawiała ogromne wymagania wobec środowiska. Czy zostały

spełnione? W moim odczuciu w przeważającej części tak. Samorząd przyjął formułę służebności wobec innych, choć jak w każdym środowisku, pojawiały się też przejawy partykularyzmu. Zrzeszamy ludzi wykonujących ten sam zawód, ale o różnych charakterach, nawykach, przeszłościach, które determinują postawy i zachowania. Dziś jako emerytowany lekarz i konsument dobrodziejstw wynikających z przynależności do samorządu zawodowego, przyglądam się jego działaniom z boku, ale budzi się we mnie refleksja, aby młodsze pokolenie nie zapominało o swojej historii, ponieważ w niej tkwią ich korzenie, i nie zaprzepaściło szansy, jaką daje samorządność. Moją tęsknotą jest, aby sfery rządzące chciały dostrzec dobre intencje samorządu, nawet jeśli występują różnice zdań. ■

Jestem rozczarowany skromnością listopadowej, jubileuszowej uroczystości zorganizowanej przez ORL w Warszawie. Skupiając się na obchodach majowych, zapomina się, że najważniejsze dla dalszych losów samorządu lekarskiego rozstrzygnięcia nastąpiły na przełomie listopada i grudnia 1989 r. Uchwalenie ustawy w maju tamtego roku, jeszcze przed nastaniem bardziej demokratycznych rządów, miało na celu utrwalenie oddziaływania starych komunistycznych elit. Środowisko lekarzy przeciwstawiło się temu w procesie tworzenia izb okręgowych i Naczelnej Izby Lekarskiej. Zamiast

nadzwyczajnego zjazdu lub co najmniej posiedzenia ORL, zorganizowano niewielkie, wspomnieniowe spotkanie „dinozaurów” tamtych czasów. Poza nimi przez chwilę zaszczylił swoją obecnością jedyny lekarz z młodszej generacji – prezes ORL – powiedział swoje i poszedł. Czy my wtedy walczyliśmy tylko o bezpośrednio swoje interesy, czy też dla dobra następnych pokoleń lekarzy? ■



PROF. WOJCIECH MAKSYMOWICZ

sekretarz stanu
w Ministerstwie
Nauki i Szkolnictwa
Wyższego,
współtwórca
odnowionego
samorządu lekarskiego



DR WANDA TERLECKA

prezes ORL w Łodzi
I kadencji (1989-1993)

Jubileusze skłaniają do podsumowań i ocen, ale nie czuję się powołana do ich wydawania, ponieważ wciąż uczestniczę w tym dziele tworzenia, które się nazywa samorząd lekarski. Jego reaktywacja dała nam możliwość samostanowienia o sobie w kontekście wykonywanego zawodu lekarza, a także w kontekście naszych działań jako ludzi. I się rządźmy, raz wychodzi nam to lepiej, raz gorzej, ale realizujemy zamierzone cele i nie powinno być tu miejsca na negację.

Wciąż słysząc głosy niektórych kolegów – a cóż ta izba robi? Warto uświadomić sobie, że tego rodzaju pytania są automatycznie kierowane do samych siebie. Różnego rodzaju zarzuty stawiane izbie, są stawiane samemu sobie. Z samorządem jest tak jak z wolnością, to, że jest, nie znaczy, że została nam dana raz na zawsze, dlatego warto zastanowić się, jak każdy z nas rozumie swoją tożsamość, czy wystarczająco docenia to, co ma i pracuje nad tym, by być prawdziwym człowiekiem, co przekłada się na to, czy jest prawdziwym lekarzem, takim z powołania. To są pytania na każdy czas, czy to w związku z 30-leciem samorządu lekarskiego, czy to w szary dzień powszedni, kiedy trzeba się konfrontować z często niewygodną czy bolesną rzeczywistością. ■



**DR KAZIMIERZ
BRYNDAL**

prezes ORL w Toruniu
III kadencji

Jako stomatolog uważam, że największym osiągnięciem tych 30 lat jest wspólny samorząd z lekarzami, ponieważ to umocniło i wciąż umacnia naszą pozycję zawodową. Zawsze byłem zwolennikiem tego rozwiązania, choć wiem, że głosy na ten temat są podzielone. Chcę przypomnieć, że w tamtym czasie zakusy, by dołączyć do stomatologów, mieli technicy dentyści. Jednak lekarzom denty stom, jako lekarzom, zawsze było bliżej do lekarskiej rodziny.

Samorząd stał się dla nich oknem na świat, wtedy nie było dostępu do nowoczesnego sprzętu, technologii, materiałów i najnowszej wiedzy, jak się nimi posługiwać. Z ramienia samorządu lekarskiego udało się nawiązać cenne zagraniczne kontakty, jak np. z izbą lekarską w Getyndze. Zapraszałem do Polski wybitnych stomatologów z Holandii, byliśmy też z delegacją w Finlandii, aby poznać tamtejsze rozwiązania dotyczące opieki stomatologicznej, a także w Stanach Zjednoczonych, gdzie stomatologia stoi na bardzo wysokim poziomie, choć z dostępnością do usług dentystrycznych jest już gorzej. Zaczęliśmy brać udział w międzynarodowych konferencjach, starać się śledzić nowinki naukowe i tym samym rozwijać swoje umiejętności. ■

Wprawdzie nie byłem działaczem samorządu lekarskiego, ale aktywnie uczestniczyłem w odbudowywaniu struktur samorządowych i rola PTL w tym dziele jest niezaprzeczalna. Towarzystwo ma na koncie blisko 100 udokumentowanych spotkań w tej sprawie z różnymi decydentami. Brałem w nich udział osobiście oraz moi koledzy, m.in. prof. Tadeusz Koszarowski, dr Józef Hornowski, Adam Czarnecki, Felicja Łapkiewicz, Zbigniew Miller. To właśnie 22. projekt reaktywacji izb, przygotowany przez Witolda Preissa, prawnika PTL w latach 1980–1989, a w 1989–2002 – prawnika NIL, przyjęto jako projekt poselski, który stał się podstawą ustawy o izbach lekarskich z 17 maja 1989 r. Te minione 30 lat każdy lekarz będzie postrzegał

inaczej, z jednej strony będą padały słowa uznania, z drugiej – krytyki, ale nie da się zaprzeczyć, że reaktywacja samorządu lekarskiego otworzyła nowy rozdział w życiu każdego z nas, a PTL było zawsze blisko tych przemian. Z natury jestem maksymalistą, zarówno jeśli chodzi o pracę, jak i działalność pozazawodową, zawsze więc będę czuł niedosyt, ale proszę pamiętać, że przed wojną w Polsce było 12 tys. lekarzy, a dziś jest nas ponad 170 tys. i poprzez samorząd stanowimy poważną siłę. ■



**PROF. JERZY WOJ-
CIECHOWSKI**

wieloletni prezes
Polskiego Towarzystwa
Lekarskiego



**DR RYSZARD
GOLAŃSKI**

prezes ORL w Łodzi II i III
kadencji, wiceprezes NRL
V kadencji

Bilans tego 30-lecia jest rozczarowujący i frustrujący. Biorąc pod uwagę fakt, że w działalność izbowa są zaangażowane setki lekarzy, efekty mamy marne. Samorząd lekarski nie realizuje jednych z ważniejszych zadań zapisanych w ustawie o izbach lekarskich, np. nie ma wpływu na kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce, na politykę zdrowotną państwa, na warunki pracy i płacy lekarzy. Jednym z jego ustawowych zadań jest prowadzenie badań dotyczących ochrony zdrowia

i wykonywania zawodu lekarza, a po likwidacji Ośrodka Studiów i Analiz NIL jego realizacja jest utrudniona. Mimo tych 30 lat starań lekarze nie utożsamiają się z samorządem, nadal pytają – a co tam u was w izbie, co ta izba robi, co zrobiła dla mnie? Gorzką refleksją jest, że dla części kolegów działalność w izbie to sposób na zarabianie pieniędzy. Sukcesem jest, że izby to sprawnie działające biura, które mają swoje siedziby i dobrze działający aparat urzędniczy (wydawanie praw wykonywania zawodu, prowadzenie rejestru lekarzy) czy system odpowiedzialności zawodowej. Coraz większy udział samorządu, i to na każdym szczeblu, dostrzega się w kształceniu lekarzy oraz działaniach na rzecz integracji środowiska poprzez sport, rekreację, kulturę, czy kluby lekarza. ■

Fakty i liczby

Zaprezentowana przez resort zdrowia najnowsza wersja projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przewiduje wiele nowości. Część z nich niesie skutki finansowe. Poniżej wybrane zmiany.

1

Obecnie drugie podejście do LEK, LDEK i PES jest płatne, w nowych przepisach opłatę trzeba będzie wносить dopiero przy trzecim podejściu (za LEK lub LDEK – **100 zł** w języku polskim lub 340 zł w języku angielskim, a za PES – **700 zł**).

2

Ministerstwo Zdrowia szacuje, że **700 osób** rocznie ma początkowo przystępować do dwóch **nowych egzaminów**: Lekarskiego Egzamin Weryfikacyjnego (LEW) i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego (LDEW). Opłata wyniesie 700 zł, czyli tyle samo co za inny nowo tworzony egzamin – Państwowy Egzamin Modułowy (PEM).

3

LEW, LDEW i PEM mają być testami składającymi się z **200 pytań** zawierających 5 odpowiedzi, z których tylko jedna będzie prawidłowa. Pozytywny wynik egzaminu zagwarantuje osiągnięcie co najmniej 60 proc. maksymalnej liczby punktów.

4

Na blisko 7,2 mln zł szacuje się koszty dostosowania **systemu SMK** do przepisów ustawy w przyszłym roku. W kolejnym utrzymają się na podobnym poziomie, a w latach 2022-2029 co roku mają wynieść prawie 2,6 mln zł. Nowością będzie procedowanie stażu podyplomowego za pomocą SMK wraz z przydzieloną lekarzowi **Elektroniczną Kartą Stażu Podyplomowego** monitorującą przebieg stażu.

5

16,6 mln zł wyniosą koszty przygotowania pytań dla lekarzy przystępujących do PES w 2020 r. Założono, że baza pytań do przygotowania dla jednej dziedziny medycyny w 2020 r. będzie składać się z 2 tys. pytań.

6

Od 2021 r. do 2029 r. liczba nowych pytań do przygotowania do bazy będzie wynosiła **30 proc.** liczby pytań z 2020 r., co oznacza konieczność przygotowywania 600 pytań rocznie. Koszt przygotowania jednego pytania z recenzją wynosi 100 zł (obecnie CEM płaci autorom 80 zł za każde pozytywnie zrecenzowane pytanie i 15 zł za recenzję pytania).

7

1.01.2021 r. rozpocznie się wydawanie dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” i „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” w postaci karty poliwęglanowej.

8

Zmieni się procedura dostępu lekarzy do wolnych **miejsc specjalizacyjnych**. Powstanie jeden, centralny system kwalifikacji i rozdziału miejsc rezydenckich finansowanych przez ministra zdrowia oraz pozostałych wolnych miejsc pozarezydenckich.

9

Kierownicy specjalizacji mają otrzymywać dodatek: **500 zł** miesięcznie (brutto) za nadzór szkolenia jednego lekarza albo **1000 zł** miesięcznie (brutto) w przypadku więcej niż jednego. Kierownik specjalizacji będzie odpowiedzialny za ustalenie i przekazanie lekarzowi, za pomocą SMK, szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego.

10

5,2 tys. zł brutto – mniej więcej tyle środków miesięcznie ma otrzymać **każda z izb lekarskich** na dodatkowe zadania związane z przyznawaniem PWZ na zakres czynności zawodowych, miejsce i czas zatrudnienia dla lekarzy specjalistów, posiadających dyplom z państwa innego niż państwo członkowskie UE (w ustawie jest mowa o przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw). Kwota ta będzie wypłacana „z dołu” na zakończenie danego roku kalendarzowego.



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Kastracja

Były wielkie oczekiwania, a jest ogromny zawód. Ministerstwo Zdrowia chce nowelizować po swojemu kluczową ustawę dla lekarzy i lekarzy dentystów, wprowadzając do niej kontrowersyjne zapisy.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

W przygotowanie założeń, a następnie projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zaangażowało się wiele osób. Mimo że ustawę uchwalono w 1996 r., nigdy nie próbowano dokonać w niej zmian przy tak szerokim zaangażowaniu środowiska, w tym również samorządu lekarskiego. To miała być nowa jakość w relacjach z rezydentem zdrowia.

Nad propozycjami dotyczącymi kształcenia podyplomowego i prawa pracy w pocie czoła pracował powołany przez ministra zdrowia zespół, na czele którego stał wiceprezes ORL w Warszawie Jarosław Biliński. Minister Łukasz Szumowski dał zespołowi wolną rękę. Zaowocowało to nieskrępowaną dyskusją. W toku prac nad projektem ustawy m.in. przeprowadzono badanie opinii środowiska na temat koniecznych zmian, proszono o rady licznych ekspertów, opinie wyrażały okręgowe izby lekarskie, nad dokumentem debatowała też Naczelna Rada Lekarska. – Przygotowaliśmy kompleksowy projekt ustawy. Poświęciliśmy na to wiele czasu, wydaliśmy sporo pieniędzy na legislatorów – mówi Jarosław Biliński. Gotowy dokument, będący całościową reformą systemu kształcenia podyplomowego i prawa pracy, w połowie stycznia trafił do rąk ministra zdrowia. – Prosiłem

o szybką pracę, aby móc przyjąć zmiany jeszcze w tej kadencji – podkreślał wówczas minister Łukasz Szumowski. Do konsultacji publicznych projekt trafił dopiero w ostatnich dniach maja. Mimo że do końca kadencji parlamentu czasu było niewiele, liczone, że uda się go skierować do łaski marszałkowskiej. Nadzieje okazały się płonne. Tydzień po październikowych wyborach do sejmiku i senatu na stronie Rządowego Centrum Legislacji pojawiła się nowa wersja projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw. Dokument wykastrowano. – Wszystko poszło do piachu – mówi Damian Patecki, rzecznik prasowy Porozumienia Rezydentów OZZL.

LEW, LDEW – BEZ PRECEDENSU

Projekt wzbogacono o kontrowersyjne zapisy dotyczące absolwentów medycyny z krajów nienależących do UE, które w skrócie można podsumować jednym zdaniem: „przyjeżdżajcie, nostryfikację się nie martwcie, pracę dostaniecie”. Dla wielu osób, z którymi rozmawiałem, duże ułatwienia dla lekarzy spoza UE to najbardziej dyskusyjne przepisy w planowanej nowelizacji. Mimo że będą one dotyczyły także studiujących za wschodnią granicą polskich obywateli, którzy chcą mieszkać i pracować w Polsce, wydaje się oczywiste, że gdyby resortowi zależało tylko na ich losie, to nie liberalizowano by na niespotykaną dotąd skalę przepisów dotyczących cudzoziemców. Zamiast stworzyć dla rodzimych lekarzy warunki zachęcające do pozostania w kraju, resort planuje uzupełniać braki kadrowe cudzoziemcami, bo – wbrew temu, co czasami umyka w dyskusjach – chodzi nie tylko o absolwentów uczelni ukraińskich i białoruskich. Zgodnie z tym projektem dla lekarzy, którzy ukończyli studia w państwach spoza UE, ma zostać wprowadzona nowa ścieżka potwierdzania kwalifikacji i wiedzy, polegająca na zaliczeniu Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego (LEW) albo Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego

70%

– tyle pytań egzaminacyjnych ma pochodzić z powszechnie dostępnej bazy pytań LEK i LDEK.

(LDEW). Oba egzaminy ma organizować CEM (wystarczy zdać 60 proc. maksymalnej liczby punktów z testu składającego się z 200 pytań). Wprawdzie LEW i LDEW nie zastąpią procedury nostryfikacyjnej i nie zwolnią lekarzy, którzy będą chcieli podjąć pracę w Polsce, z odbycia stażu podyplomowego oraz zaliczenia LEK i LDEK, ale czy całkowicie bezpodstawnym jest zarzut o wprowadzaniu podwójnych standardów, skoro po zaliczeniu egzaminu i po uzyskaniu PWZ będzie można używać nazwy zawodu „lekarz”, „lekarz dentysta”?

PWZ – DLA KOGO ŁATWIEJ?

Co ważne, szkolenie specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentystów cudzoziemców ma odbywać się na zasadach obowiązujących obywateli polskich, a wynagrodzenie cudzoziemców, na które zrzucą się polscy podatnicy, będzie obliczane w oparciu o obowiązujące rozporządzenie ministra zdrowia. Nowością będzie również ujednolicenie zasad uznawania stażu podyplomowego odbytego w UE, jak i poza Unią, za równoważny w całości lub części ze stażem odbytym w Polsce. Inną z planowanych zmian, której rzeczywiste skutki poznamy nie za rok czy dwa, lecz za 10 czy 15 lat, może się okazać uproszczony tryb zatrudniania lekarzy i lekarzy dentystów z tytułami specjalisty uzyskanymi poza UE. Taki lekarz, po otrzymaniu zaświadczenia potwierdzającego planowane zatrudnienie w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, mógłby wystąpić do właściwej okręgowej rady lekarskiej z wnioskiem o przyznanie PWZ na określony przez ORL zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w – co ważne, jednym podmiocie. ORL, po analizie m.in. programu odbytego szkolenia specjalizacyjnego, będzie mogła przyznać takie PWZ w drodze uchwały, określając program i liczbę godzin szkolenia praktycznego. Odwołanie od uchwały ORL ma rozpatrywać NRL. Jak dokładnie miałyby te przepisy stosować izby lekarskie,

nie za bardzo wiadomo. Przed podjęciem zatrudnienia lekarz albo lekarz dentysta będzie zobowiązany do przeszkolenia praktycznego trwającego maksymalnie 12 miesięcy, które zakończy się uzyskaniem opinii pozytywnej albo negatywnej. Wystawiona przez opiekuna opinia będzie miała kluczowy wpływ na zatrudnienie tego lekarza w podmiocie oraz wygaśnięcie przyznanego PWZ na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia z dniem skreślenia go z listy członków OIL. Jak przyznała kilka tygodni temu wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko, skala oddziaływania tych regulacji jest wielką niewiadomą.

LEK, LDEK, STAŻ, REZYDENTURY

Planowana nowelizacja wprowadza szereg zmian dotyczących lekarzy i lekarzy dentystów kończących naukę w naszym kraju. Niewątpliwie wyczekiwaną przez młodych lekarzy zmianą jest dopuszczenie do LEK osób, które ukończyły 10 semestrów studiów, a do LDEK – po 8 semestrach. 70 proc. pytań egzaminacyjnych ma pochodzić z powszechnie dostępnej bazy pytań LEK i LDEK, publikowanej na stronie internetowej CEM, reszta pytań ma być nowa. Te wykorzystane w czasie egzaminów, po każdej sesji zasila bazę pytań. Na rok przed egzaminami CEM opublikuje wykaz obowiązujących na egzaminach źródeł bibliograficznych w języku polskim. W związku z przeniesieniem części przepisów z rozporządzenia, w ustawie znajdą się najważniejsze kwestie dotyczące stażu podyplomowego, w tym – co jest nowością – zbiór praw i obowiązków lekarza i lekarza dentysty odbywającego staż. Wprowadzone zostaną dodatkowe przesłanki premiujące, co niektórym młodym lekarzom podwyższy średnią. W kształceniu podyplomowym śmieiej wchodzi informatyzacja (staż będzie procedowany za pomocą SMK, a jego przebieg ma monitorować Elektroniczna Karta Stażu Podyplomowego). Z programu



Dyżury po nowemu

Jeśli planowane przepisy wejdą w życie, na szkolenie specjalizacyjne i pełnienie dyżurów medycznych będzie podpisywana z lekarzami jedna umowa, zamiast dotychczasowych dwóch. W projekcie ustawy definiuje się, po raz pierwszy, zasady odbywania dyżurów towarzyszących i samodzielnych. Odbywając szkolenie specjalizacyjne, można będzie nie wyrazić zgody na pełnienie samodzielnych dyżurów przez rok od jego rozpoczęcia, chyba że program specjalizacji przewiduje dłuższe prawo do odmowy. W takiej sytuacji lekarz nie będzie mógł samodzielnie dyżurować w innych jednostkach na zasadach komercyjnych. Odmowa nie będzie zwalniać z pełnienia dyżurów towarzyszących zgodnych z programem specjalizacji.

szkolenia specjalizacyjnego do programu stażu podyplomowego przeniesiono kursy w zakresie: ratownictwa medycznego, zdrowia publicznego i prawa medycznego, z jednoczesnym dodaniem szkoleń dotyczących profilaktyki onkologicznej, leczenia bólu, komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Kolejną nowością jest personalizowana ścieżka kształcenia dająca możliwość odbycia, oprócz części obowiązkowej stażu, również szkolenia w maksymalnie trzech innych dziedzinach medycyny. Ponadto program szkolenia specjalizacyjnego zostanie wzbogacony o kurs atestacyjny, mający pomóc w przygotowaniach do PES. Ważną zmianą dla młodych lekarzy będzie utworzenie centralnego systemu kwalifikacji i rozdziału miejsc rezydencjalnych oraz pozostałych wolnych miejsc pozarezydencjalnych. W ramach postępowania kwalifikacyjnego na szkolenie specjalizacyjne wprowadzona zostanie możliwość złożenia maksymalnie 15 wariantów wyboru w kolejności ustalonej przez samego lekarza. Z punktu widzenia młodych lekarzy to zmiany na lepsze, bo obecne postępowanie

kwalifikacyjne umożliwia aplikowanie tylko na jedną dziedzinę medycyny w jednym województwie. Natomiast z dużą krytyką spotkał się planowany obowiązek odbycia co najmniej 6 miesięcy stażu w szpitalu I lub II stopnia sieci (moduł podstawowy z chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych i pediatrii).

PES, PEM, NOWE CERTYFIKATY

Do PES będzie mógł przystąpić lekarz lub lekarz dentysta, który ukończył przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego, pod warunkiem otrzymania zgody kierownika specjalizacji. Testy będą składać się w 70 proc. z pytań wybranych z bazy pytań PES i w 30 proc. z nowych pytań. Po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego i uzyskaniu potwierdzenia jego zakończenia albo uzyskania decyzji o dopuszczeniu do PES, lekarz będzie miał uprawnienia takie jak w trakcie specjalizacji, co jest ważne m.in. w kontekście stosowania przepisów rozporządzeń ministra zdrowia dotyczących wykazów świadczeń gwarantowanych. Pojawi się nowy, nieobowiązkowy egzamin

500 ZŁ

brutto ma wynieść dodatek finansowy dla kierowników specjalizacji za nadzorowanie szkolenia jednego lekarza.

państwowy. Państwowy Egzamin Modułowy będzie przeprowadzany przez CEM w formie testu składającego się ze 100 pytań pochodzących w co najmniej 70 proc. z nowo utworzonej bazy pytań. Jego zaliczenie pozwoli lekarzowi lub lekarzowi dentyście na uzyskanie dodatkowych uprawnień (np. samodzielne pełnienie dyżurów, pełnienie funkcji opiekuna stażu). Dwa pierwsze podejścia do PEM będą bezpłatne. Ustawa na nowo określa zakres ustawicznego rozwoju zawodowego, którym z jednej strony będzie kształcenie podyplomowe, obejmujące staż podyplomowy, szkolenie specjalizacyjne i umiejętności zawodowe, a z drugiej – doskonalenie zawodowe. Towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym i instytuty badawcze będą mogły przyznawać certyfikaty potwierdzające posiadane umiejętności zawodowe lekarzom posiadającym PWZ na czas nieokreślony. Wykaz lekarzy otrzymujących takie certyfikaty i data ich wydania ma trafiać do rejestru prowadzonego przez OIL. Minister zdrowia, po zasięgnięciu opinii NRL, określi w drodze rozporządzenia takie kwestie jak: rodzaj umiejętności zawodowych wraz z ich kodami, wykaz specjalizacji, których posiadanie będzie niezbędne do rozpoczęcia szkolenia z zakresu umiejętności zawodowych oraz szczegółowy sposób ich odbywania. Kierownikom specjalizacji zostanie przyznany dodatek finansowy: 500 zł (brutto) miesięcznie w przypadku nadzorowania szkolenia jednego lekarza, 1000 zł (brutto) miesięcznie za dwóch lub więcej. Z początkiem 2021 r. rozpocznie się wydawanie dokumentów PWZ i PWZLD w postaci karty poliweglanowej. Wobec tego, że projekt ustawy liczy 137 stron, jej uzasadnienie – 50, a OSR – 23 strony, nie wspominając już o projektach rozporządzeń, trudno wszystko streścić w krótkim artykule. O ocenę nowych przepisów poprosiłem dwóch profesorów i trzech młodych lekarzy (wypowiedzi znajdują się na str. 26-27). Moim rozmówcom, choć dostrzegają zmiany na lepsze, daleko do optymizmu. ■

Prezydent nakarmi

O tym, że Ministerstwo Zdrowia planuje uprościć przyjmowanie do pracy w Polsce lekarzy z innych krajów, wiadomo od dawna. Niejednokrotnie wspominał o tym minister zdrowia Konstanty Radziwiłł i za każdym razem jego wypowiedzi wzbudzały dyskusję. Niektórzy pojawienie się tych pomysłów uznali za straszką rządu przed niepokornymi lekarzami rezydentami, którzy protestowali na przełomie lat 2017 i 2018. Zmienił się szef resortu zdrowia, ale minister Łukasz Szumowski w zasadzie od początku wypowiadał się na ten temat przychylnie. Mijały kolejne miesiące, ale oficjalnie nic się w tej sprawie nie działo – aż do jesieni. Planowana zmiana przepisów odbiła się już międzynarodowym echem. Ten, kto interesuje się polityką zagraniczną, wie, że głowy państw i szefowie rządów na ogół dość wstrzemięźliwie komentują przepisy prawne innych krajów. Pozostawiają to dyplomatom, chyba że gra jest warta świeczki. Gdy gruchnęła wiadomość o spodziewanych ułatwieniach szykowanych w Polsce z myślą m.in. o lekarzach ze Wschodu, ostro zareagował prezydent Białorusi. – Często mówi się, że Białoruś powinna się wzorować na Polsce. Jeżeli to państwo tak dobrze się rozwija, to dlaczego są zainteresowani specjalistami z Białorusi, z „dyktatury”? Jeżeli dobrze się rozwijacie, proszę bardzo, nakarmcie własnych lekarzy i niech leczą waszych ludzi – powiedział rządzący od ponad ćwierćwiecza prezydent Aleksandr Łukaszenko. Dodał, że w celu zatrzymania specjalistów w najbliższych latach planuje podnieść wynagrodzenia oraz wybudować tanie mieszkania dla lekarzy i pracowników medycznych. Chcąc dowiedzieć się czegoś więcej, wysłałem pytania do ambasad Białorusi i Ukrainy, ale nie otrzymałem odpowiedzi. „Nie komentujemy tego, czego obecnie nie ma i nie wiadomo, czy będzie” – odpisał kolei rzecznik prasowy ambasady Federacji Rosyjskiej Władimir Aleksandrov. Na początku 2019 r. PWZ na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej posiadało 1,6 tys. cudzoziemców, najwięcej z Ukrainy i Białorusi (łącznie ok. 700).

“

Co teraz?

Wysoko postawieni przedstawiciele resortu zdrowia w nieoficjalnych rozmowach przyznają, że kiedy zaczęli analizować projekt, który powstał w środowisku lekarskim, złapali się za głowę. Z jednej strony nie spodziewano się tego, że na ich biurko trafi dokument tak dobrze przygotowany pod względem formalno-prawnym, ale również dlatego, że niósł on za sobą znaczne skutki finansowe i, co nie mniej ważne, wprowadzał duże zmiany w obszarach od dawna nie dotykanych przez żadnego z ostatnich szefów resortu zdrowia. W ostatnich tygodniach projektem zajęła się Komisja prawnicza RCL, rekomendując wprowadzenie drobnych zmian. Teraz dokument ma otrzymać Stały Komitet Rady Ministrów. Kiedy projekt przyjmie rząd, trafi pod obrady sejmu. Biorąc pod uwagę kształt przepisów dotyczących lekarzy cudzoziemców i znacznie bardziej spluralizowany parlament niż w poprzedniej kadencji, zapowiada się burzliwa dyskusja.

Miało być inaczej

Oczekiwano przełomu, tymczasem resort podaje gorzką pigułkę. Największą korzyść ze zmian w projekcie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty mogą odnieść nie młodzi lekarze z Polski, lecz absolwenci studiów medycznych z krajów nienależących do UE.



JAROSŁAW
BILIŃSKI

wiceprezes ORL
w Warszawie

To, co niedawno przedstawił resort, w skali 1–6 oceniam na dwójkę z plusem. Z projektu ustawy, który w styczniu przekazałem ministrowi Łukaszowi Szumowskiemu, pozostało ok. 10 proc. zapisów. Obecny projekt nie jest kompleksowy, a na mocy porozumienia zwanego w 2018 r. między lekarzami rezydentami i ministrem zdrowia miała powstać ustawa całościowo regulująca kształcenie podyplomowe i prawo pracy. Propozycje zawarte w naszej wersji miały poprawić sytuację młodych lekarzy. Niektóre pozostały, ale zmieniono je w taki sposób, że korzyści będą mało odczuwalne i de facto nic się nie zmieni, np. zgodnie z naszym projektem lekarz w toku rekrutacji na specjalizację miał samodzielnie wybierać miejsce odbywania modułu podstawowego, co miało zachęcać do częstszego niż dotychczas wybierania mniejszych szpitali. Tymczasem ministerstwo system zachęt przekształciło w zmuszanie osób z niektórych specjalizacji do wysyłania ich na moduł podstawowy do szpitali o niższej referencyjności. Takimi nakazami nie poprawi się

sytuacji, skoro obecnie młodzi lekarze masowo rezygnują z pracy w szpitalu. Projekt wprowadza podwójne standardy w zakresie możliwości pracy dla lekarzy obecnie pracujących w Polsce i tych z krajów spoza Unii Europejskiej. Ministerstwo chce wprowadzić znaczące ułatwienia dla osób, które nie kształcą się na takim samym poziomie i w takim systemie, jaki obowiązuje w UE. Rozumiemy sytuację kolegów ze Wschodu, bo polscy lekarze też wyjeżdżali za granicę, ale w kraju, do którego przyjeżdżaliśmy, obowiązywały nas takie same zasady jak innych lekarzy, tymczasem resort zdrowia chce zezwolić lekarzom spoza Unii pracować nawet 5 lat w Polsce bez nostryfikacji dyplomu. Nie chciałbym mówić za ostro, ale mam pewne obawy, czy jeśli lekarze z innych państw zaczną masowo przyjeżdżać do nas, nie doprowadzi to do obniżenia standardów udzielania świadczeń pacjentom. Sami lekarze przyjeżdżający do nas spoza UE mówią, że w ich krajach kształcenie jest na znacznie niższym poziomie niż w Polsce, że nie uczono ich wykonywania wszystkich zabiegów, które przeprowadzane są w naszym kraju, że nie widzieli takiego sprzętu, jakim dysponujemy, że po prostu nie są przygotowani do pracy od razu. Moim zdaniem, jeżeli ta ustawa wejdzie w życie, pogorszy sytuację samorządu lekarskiego, bo nakłada nowe obowiązki, w dodatku niewdzięczne. To gorący kartofel, dlatego chce się go wrzucić do samorządu. ■

Nowy projekt ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zawiera kilka potrzebnych zmian, ale w zakresie państwowych egzaminów dla lekarzy wprowadza wręcz destrukcyjne zmiany. Idea przeprowadzania egzaminów testowych opartych w 70 proc. o znany wcześniej zestaw pytań jest sprzeczna z podstawowymi zasadami pomiarów efektów kształcenia. Oczywiście w takim systemie zdawalność testu powinna się zbliżyć do 100 proc. w pierwszym podejściu, jednak wyniki takich egzaminów niczego nam nie powiedzą o poziomie wiedzy zdających. Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że ta planowana zmiana w LEK (70 proc. znanych pytań) uderzy w jego funkcję kwalifikacyjną. Obecnie ponad 99 proc. absolwentów polskich uczelni zdaje LEK (jeśli nie za pierwszym, to za kolejnym podejściem). Jego wynik stanowi główne kryterium przydziału miejsc szkoleniowych w specjalizacjach lekarskich. Jeśli 70 proc. pytań na LEK będzie znanych przez egzaminem, to do postępowania kwalifikacyjnego będzie się zgłaszało bardzo wielu lekarzy z identycznym wynikiem egzaminu. Pojawi się praktyczny problem, według jakiego kryterium jednym z nich przydzielić

miejsce, a innym odmówić. Projekt wprowadza LEW i LDEW, które nie eliminują procedury nostryfikacyjnej, lecz stanowią alternatywny szlak dojścia do prawa wykonywania zawodu. Należy jednak zauważyć, że w przeciwieństwie do egzaminów dla polskich lekarzy, LEW i LDEW mają być przeprowadzane według normalnych zasad egzaminów testowych, czyli zdający będą znali przed egzaminem jego zakres, lecz nie treść pytań, a zatem LEW i LDEW niekoniecznie będzie łatwym szlakiem dla wszystkich absolwentów uczelni zza naszej wschodniej granicy. Jeśli chodzi o uproszczony system zatrudniania lekarzy specjalistów ze Wschodu, to jestem sceptykiem. Przede wszystkim należy zauważyć, że w obecnym systemie weryfikacji kwalifikacji odnajduje się bardzo wielu lekarzy z Ukrainy, niektórzy z nich nie tylko zdali PES, ale pełnią już nawet funkcje kierowników specjalizacji. Tak więc ewentualne ułatwienia miałyby zastosowanie do lekarzy, co do których poziomu wykształcenia można mieć uzasadnione wątpliwości. Broniłbym tezy, że lepiej mieć w systemie dwóch dobrze wykształconych lekarzy niż trzech wykształconych nienajlepiej. Efekty oceniane z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa w tym drugim przypadku mogą być znacznie gorsze. ■



PROF. MARIUSZ
KLENCKI

dyrektor CEM w Łodzi



**MICHAŁ
BULSA**

członek
Prezydium NRL

Projekt nowelizacji nie zawiera dużej liczby propozycji zapisów przygotowanych przez ministerialny Zespół ds. opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, na którego czele stał dr Jarosław Biliński, oraz uwag zgłoszonych przez NRL. Wobec niedoborów kadrowych Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzić dwa egzaminy dla lekarzy cudzoziemców spoza UE, co oznacza walkę z deficytem lekarzy po linii najmniejszego oporu. Lekarski Egzamin Weryfikacyjny i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Weryfikacyjny, adresowane do cudzoziemców spoza UE, to próba ominięcia procedury nostryfikacyjnej. Wszyscy powinni mieć równe szanse, a ewentualne wprowadzenie egzaminów różnicujących lekarzy podważa tę zasadę. Nie neguję tego, że procedura nostryfikacyjna powinna zostać uporządkowana, ale nie rozumiem, dlaczego każdy lekarz kształcący się w Polsce i chcący tu praktykować, musi zdać LEK lub LDEK, a dla osób z krajów spoza Unii miałyby być wprowadzone LEW lub LDEW. Co ciekawe, anglojęzyczni absolwenci kierunków lekarskiego

i lekarsko-dentystycznego muszą zdawać LEK i LDEK po angielsku i te nowe przepisy dyskryminowałyby także ich. Zastanawiam się, czy to byłoby zgodne z ustawą zasadniczą, bo PWZ mogłyby otrzymać osoby, które przeszły zupełnie inną ścieżkę kształcenia. Jeśli LEK czy LDEK mają jakieś wady, to je wyeliminujemy, a nie tworzymy nowych egzaminów. Nie znalazłem w tym projekcie kwestii dotyczących zwiększenia finansowania ochrony zdrowia. Nie ma poważnych propozycji stworzonych z myślą o stomatologii, gdzie są duże niedobory specjalizacyjne. Projekt nie zawiera zmian mających przeciwdziałać rozdrobnieniu specjalizacyjnemu, choć jesteśmy pod tym względem europejskim liderem, przez co np. lekarze ze specjalizacją z chorób wewnętrznych stają się u nas coraz bardziej poszukiwani. Projekt oceniam na trzy plus. Nie przekreślam go całkowicie, bo dostrzegam m.in. bardzo korzystne zapisy związane z macierzyństwem. Obecnie mamy absurdalną sytuację, w której kobieta w ciąży z przeciwwskazaniami do pracy dyżurowej musi odrabiać dyżury po urodzeniu dziecka. ■

Do

Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego podchodzi z rezerwą. Sam pomysł nie jest zły, 60 proc. prawidłowych odpowiedzi zalicza również przedmioty na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Kwestią kluczową pozostaje pytanie o poziom trudności pytań – czy będzie porównywalny z LEK. Jeżeli tak, to LEW może być jednym z akceptowalnych rozwiązań na drodze do uzyskania polskiego prawa wykonywania zawodu. Jeżeli pytania na LEW będą zbyt proste, myślę, że można to potraktować jako próbę ominięcia procedury nostryfikacji, która wcale nie jest długa ani złożona, jak się powszechnie wydaje. Tyle tylko, że obcokrajowcom trudno jest uzyskać taki poziom wiedzy i umiejętności, jak po ukończeniu studiów na polskich uniwersytetach medycznych. Nie mam nic

przeciwko dobrze wykształconym lekarzom spoza UE, jednak dotychczasowe doświadczenia z nostryfikacjami dyplomów wskazują, że osiągnięcie dostatecznego poziomu wiedzy i umiejętności jest dla nich bardzo trudne. Dlatego nie podpisałbym się pod rozwiązaniem pozwalającym wypróbować ich umiejętności i wiedzę na żywych pacjentach. Czas na eksperymenty, działania pozorne i udawanie, że problemu nie ma, minął mniej więcej 10 lat temu. Teraz należy pilnie stworzyć normalne, uczciwe i ludzkie warunki pracy i płacy w systemie ochrony zdrowia. Inaczej będziemy jedynie przystankiem przesiadkowym dla lekarzy spoza UE, tak jak to dzieje się ze studentami anglojęzycznymi pochodzącymi ze Wschodu: kończą porządne uczelnie w Polsce, następnie jadą pracować i zarabiać na Zachód. ■



**DR HAB. TOMASZ
SMIATACZ**

proroktor ds. studenckich
GUMed



**DAMIAN
PATECKI**

rzecznik prasowy
Porozumienia
Rezydentów OZZL

Nad projektem ustawy ciężko pracował zespół, na którego czele stał dr Jarosław Biliński, później poprawki naniósł NRL, całość trafiła do Ministerstwa Zdrowia, ale wszystko poszło do piachu. Gdybym obecnej wersji miał wystawić ocenę w skali 1–6, wahałbym się między jedynką a dwójką. Nowelizacja miała szansę być przełomowa, ale tak nie będzie. Wydaje się, że teraz głównym jej celem jest ułatwienie podejmowania pracy w Polsce lekarzom spoza UE, zwłaszcza z Ukrainy i Białorusi, żeby załatać dziury kadrowe i zmniejszyć presję płacową. Skoro i tak ma nastąpić nowelizacja usta-

wy, to ministerstwo korzysta z okazji do wprowadzenia zmian potrzebnych z ich punktu widzenia. Dla mnie to koniec złudzeń, że rząd i Ministerstwo Zdrowia chcą naprawdę pomóc polskim lekarzom. Zastanawiam się, czy dla polskich lekarzy nie będzie demoralizujące i demotywuujące, że lekarzom z zagranicy będzie znacznie łatwiej zdobyć uznanie kwalifikacji zawodowych, skoro np. na Ukrainie odbycie specjalizacji trwa krócej niż w Polsce. Najprościej byłoby, aby wszystkie osoby z innych krajów planujące wykonywać w naszym kraju zawód lekarza lub lekarza dentysty, zdawały LEK i LDEK. Zaliczenie tych egzaminów to najbardziej obiektywne kryterium. W projekcie znalazło się kilka ważnych propozycji zmian, np. możliwość zdawania PES na ostatnim roku specjalizacji, dzięki czemu młodzi lekarze nie będą mieć kilkumiesięcznej przerwy zawodowej. To chyba najbardziej pozytywna zmiana w całym dokumencie. Na pewno będziemy wyrażać swój sprzeciw. Czy nastąpią ostrzejsze formy protestu, nie wiadomo, bo to, co wywołuje wielkie wzburzenie, czasami bywa nieprzewidywalne. Z perspektywy ostatnich lat, co widzieliśmy w przypadku ministra Konstantego Radziwiłła, widać, że konfliktowanie się ze środowiskiem lekarskim zawsze jest szkodliwe dla ministra zdrowia. ■

DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

Kto musi mieć firmowy rachunek w banku?

Lekarzu przedsiębiorco, sprawdź, czy po 1 stycznia 2020 r. musisz posiadać firmowy rachunek bankowy w prowadzonej działalności gospodarczej.

TEKST **LESZEK KUBICZ**, RADCA PRAWNY,
KOORDYNATOR ZESPOŁU RADCÓW PRAWNYCH
LUBELSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Od tego dnia wchodzi w życie przepisy prawne zaostreżające regulację mającą na celu uszczelnianie mechanizmów podatku VAT.

W przypadku dokonania przelewu za transakcję pomiędzy przedsiębiorcami o wartości wyższej niż 15 tys. zł na rachunek bankowy podatnika VAT, który był nieujawniony na dzień zlecenia płatności w wykazie czynnych podatników VAT (tzw. białej liście, udostępnionej na <https://www.podatki.gov.pl/wykaz-podatnikow-vat-wyszukiwarka>), wydatek taki, poniesiony przez podatnika, zostanie w tej części wyłączony z kosztów uzyskania przychodów.

Ponadto działanie takie obarczone będzie ryzykiem poniesienia przez nabywcę odpowiedzialności solidarnej za zaległości podatkowe wystawcy faktury w części dotyczącej podatku VAT.

BIAŁA LISTA

Zmiany wprowadzone zostały przepisami ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1018). Wprowadzono, między innymi, tzw. białą listę podatników obejmującą

podatników: zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru (o statusie podatnika: zarejestrowanego jako podatnik VAT czynny albo podatnik VAT zwolniony) wraz z numerami bankowych rachunków rozliczeniowych otwartych w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą. „Biała lista” jest narzędziem, które ma pomóc skutecznie i szybko weryfikować kontrahentów. Kupując np. drogi sprzęt medyczny, należy zatem sprawdzić, czy nasz kontrahent korzysta z rachunku umieszczonego w wykazie czynnych podatników (na „białej liście”). Na tle tych regulacji prawnych rodzi się pytanie, czy lekarz – przedsiębiorca wykonujący zawód np. w formie praktyki prywatnej, a korzystający dotychczas w rozliczeniach z własnego, prywatnego bankowego rachunku osobistego (ROR), powinien założyć tzw. rachunek firmowy?

WAŻNE, JAKI MAMY STATUS

Przywołane przepisy dotyczyć będą transakcji od podmiotu zarejestrowanego jako czynny podatnik VAT. Nie będą dotyczyły zakupów od podatników o statusie zwolnionych z VAT lub niezarejestrowanych na potrzeby VAT. Warto zatem sprawdzić we właściwym urzędzie skarbowym, jaki jest nasz status w zakresie podatku VAT na dzień dokonania zlecenia przelewu. Po drugie,

przepisy mają zastosowanie wyłącznie do transakcji, w której jednorazowa wartość, bez względu na liczbę wynikających z niej płatności, przekracza 15 tys. zł lub równowartość tej kwoty (w walutach obcych), przy czym transakcje w walutach obcych przelicza się na złote według średniego kursu walut obcych ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski z ostatniego dnia roboczego poprzedzającego dzień dokonania transakcji. Poza tym, zawsze pozostaje „furtka” w postaci zawiadomienia o transakcji o wartości przekraczającej 15 tys. zł na rachunek niewidniejący w wykazie podatników VAT naczelnika urzędu skarbowego właściwego dla wystawcy faktury w terminie trzech dni od dnia zlecenia przelewu (art. 117ba § 3 Ordynacji podatkowej w brzmieniu obowiązującym od 1 stycznia 2020 r., oraz m.in. art. 22p ust. 4 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych).

Natomiast jeżeli lekarz przedsiębiorca jest tym podmiotem, który w opisanych powyżej warunkach wystawia fakturę (czyli sprzedaje swoją usługę) innemu przedsiębiorcy, to moim zdaniem powinien posiadać firmowy rachunek bankowy lub inny rachunek ujawniony/zgłoszony lub zaktualizowany we właściwej CEIDG i urzędzie skarbowym, aby jego kontrahent nie ponosił wyżej opisanych ujemnych konsekwencji prawnych. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Kara za użycie nienależnego tytułu

„Praktykę lekarską wolno wykonywać wyłącznie pod własnym nazwiskiem. Lekarzowi wolno używać tylko należnych mu tytułów zawodowych i naukowych” [art. 62 KEL].

Okręgowy sąd lekarski uznał lekarza winnym zarzucanego mu przewinienia zawodowego, polegającego na tym, że zarówno we wpisie do ewidencji gospodarczej, jak i na pieczęcie nagłówkowej własnego NZOZ, używanej także przy wypisywaniu recept dla chorych, używał nienależnego mu tytułu „dr”, czym naruszył art. 62 KEL.



OSL wymierzył lekarzowi karę pieniężną, obciążył kosztami postępowania oraz zalecił usunięcie liter „dr” sprzed jego nazwiska we wszystkich w/w zastosowaniach. Od powyższego orzeczenia odwołał się do Naczelnego Sądu Lekarskiego obrońca obwinionego lekarza, zarzucając między innymi, że NZOZ nie jest praktyką prywatną, podlega kodeksowi cywilnemu,

a tytuł „dr” nie narusza art. 43 tego kodeksu, jako określenie dowolne, zgodne z prowadzoną działalnością gospodarczą. NSL w szerokim uzasadnieniu oddalił ten, a także inne zarzuty odwołania, i utrzymał wyrok w mocy. Tak samo postąpił Sąd Najwyższy, który po złożonej kasacji przez obronę odrzucił ją jako oczywiście bezzasadną, i utrzymał wyrok NSL w mocy. ■

KOMENTARZ



JACEK MIARKA

przewodniczący NSL

Słowo „doktor” było w powszechnym użyciu w Polsce przed 25 września 1932 r., czyli przed wydaniem rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej, według którego absolwenci wydziałów lekarskich polskich uniwersytetów otrzymują po ich ukończeniu tytuły zawodowe „lekarzy”. Jednak mimo to, od blisko stu lat, słowo „doktor” jest w dalszym ciągu powszechnie używane przez społeczeństwo, ale także w nazwach wielu firm, praktyk i NZOZ-ów. Wystarczy tylko rozejrzeć się wokół – wjeżdżając dzisiaj samochodem do Warszawy, rzuci się w oczy duży szyld „Dr X. – chirurgia plastyczna”. Taka nazwa może wprowadzać w błąd potencjalnych pacjentów, sugerując, iż

lekarz jest dr. n. med. Lekarz ten próbuje wykorzystać pewnego rodzaju domniemanie, podwyższając niejako swój autorytet poprzez publiczne informowanie o swej działalności, posługując się tytułem „dr” – który w tej sytuacji może być odczytany jako stopień naukowy, a jego posiadanie kształtuje powszechny wizerunek oraz uznanie wyższego prestiżu i doświadczenia.

Z drugiej jednak strony, w bardzo wielu krajach Europy i świata, absolwentów studiów lekarskich obdarza się tym tytułem, odróżniając go od stopni naukowych, a nawet w naszej „Gazecie Lekarskiej” jest on wielokrotnie używany.

Moim osobistym zdaniem umieszczenie na pieczęcie lekarskiej i recepcie przed nazwiskiem słowa „dr” jest nadużyciem niezgodnym z KEL, zasługującym na karę. Natomiast inaczej oceniałbym umieszczenie tego słowa np. na tablicy informacyjnej w przychodni, czy nawet w artykule lub ulotce, szczególnie jeśli poniżej jest wymieniony kolejny specjalista dr. n. med. W mojej opinii, a także dużej części środowiska, niekoniecznie musiałoby być to karane. Mam więc zamiar, przy okazji pisania komentarzy do KEL, który nam się nieco postarzał i wymaga unowocześnienia przystającego do realiów naszych czasów, taki wniosek o braku konieczności penalizacji zgłosić. Bo prawo zwyczajowe powinno mieć wpływ na prawo stanowione, chyba że kolejny prezydent RP wyda inne zarządzenie, ale póki co, „dura lex, sed lex”. ■

ZESPÓŁ ARBITRAŻOWY PRZY PREZESIE NFZ

Mediacje w sprawie kar

W związku z istotną zmianą przepisów dotyczących kontroli NFZ, jaka dokonała się na gruncie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w bieżącym roku, wyczerpuje się możliwość działania Zespołu Arbitrażowego Narodowego Funduszu Zdrowia w dotychczasowej formule.

TEKST **WOJCIECH IDASZAK**, RADCA PRAWNY NIL

W listopadzie odbyło się 100. posiedzenie Zespołu Arbitrażowego, powołanego zarządzeniem prezesa NFZ z dnia 20 lipca 2005 r., w skład którego wchodzi m.in. przedstawiciele samorządu lekarskiego. Spotkanie to dało możliwość podsumowania 14 lat pracy zespołu.

Rolą Zespołu Arbitrażowego jest opiniowanie zażeń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie kontrolowania ordynacji lekarskiej. Zespół został powołany w 2005 r. przez ówczesnego prezesa NFZ Jerzego Millera i stanowił realizację postulatu Naczelnej Rady Lekarskiej podjęcia dialogu.

W jego skład pierwotnie wchodziło trzech przedstawicieli NFZ oraz trzech przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej. Z czasem skład poszerzono o dodatkowego przedstawiciela Funduszu oraz reprezentanta Federacji Porozumienie Zielonogórskie. Na przestrzeni 14 lat rozpatrzone kilkadziesiąt zażeń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ.

DOSTRZEC LEKARZA

Zespół stworzył wyjątkową płaszczyznę współpracy. Pomimo upływu czasu oraz licznych sporów, jakie dotyczyły tworzenia nowych regulacji prawnych odnoszących się do

wystawiania recept na leki refundowane, zespół dawał stronie samorządowej możliwość oddziaływania na sposób interpretacji i stosowania przez prezesa NFZ przepisów dotyczących wystawiania recept na leki refundowane.

Niezależnie od zasadniczych zażeń co do obowiązujących rozwiązań prawnych dotyczących kontroli i karania lekarzy za nieprawidłowości związane z ordynacją lekarską, współpraca w ramach zespołu dawała przedstawicielom samorządu możliwość przekonywania pracowników Funduszu o potrzebie takiej interpretacji tych przepisów, aby ich stosowanie uwzględniało w jak największym możliwym stopniu perspektywę lekarzy.

W trakcie pierwszych posiedzeń zespół opracował kategoryzację nieprawidłowości związanych z ordynacją lekarską, która wiązała możliwość dochodzenia zwrotu kwoty refundacji leku z najistotniejszymi nieprawidłowościami. W ten sposób stopniowo udało się zaszczepić w centrali NFZ myśl, że nie każda nieprawidłowość, związana np. ze sposobem prowadzenia dokumentacji medycznej, musi automatycznie pociągać za sobą zakwestionowanie ordynacji leków, a w konsekwencji uzasadniać nałożenie kary zwrotu kwoty refundacji leków.

Zespół wielokrotnie rekomendował prezesowi NFZ odstąpienie od

100

Tyle posiedzeń ma za sobą Zespół Arbitrażowy NFZ.

nałożonych kar z tytułu nienależnej refundacji lub sugerował ich obniżenie. Co istotne, w zdecydowanej większości przypadków prezesowie NFZ uwzględniali w swych decyzjach rekomendacje zespołu. Współpraca w tym zakresie pozwoliła w wielu sytuacjach złagodzić sankcje stosowane przez NFZ na podstawie obowiązującego prawa. Bywały też takie sytuacje, w których zespół nie znajdował podstaw do odstąpienia od nałożonych kar.

ZMIANY

W związku z istotną zmianą przepisów dotyczących kontroli NFZ, jaka dokonała się na gruncie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w bieżącym roku, wyczerpuje się możliwość działania zespołu w dotychczasowej formule. Podczas 100. posiedzenia zespołu, w którym udział wzięli również prezes NFZ Adam Niedzielski, prezes NRL prof. Andrzej Matyja oraz prezes Porozumienia Zielonogórskiego Jacek Krajewski, wszyscy uczestnicy wyrazili wolę kontynuacji współpracy w ramach zespołu. Rola i zadania zespołu mają być określone na nowo – tak, aby mógł działać zgodnie z obowiązującymi obecnie przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. ■

PROCES O GODNOŚĆ

Lekarz kontra TVP

Z **Katarzyną Pikulską**, lekarką, jedną z liderów protestu rezydentów sprzed dwóch lat, która domaga się od TVP S.A. przeprosin i zadośćuczynienia za opublikowanie krzywdzących i nieprawdziwych informacji na jej temat, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



W październiku 2017 r. w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego rozpoczął się protest głodowy, w którym Katarzyna Pikulska, razem z wieloma innymi lekarzami rezydentami, domagała się m.in. zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia i poprawy warunków pracy i płacy. W czasie tego protestu na portalu TVP Info ukazał się artykuł „Kontrowersje wokół rezydentów. Narzekają na zarobki, jedzą kanapki z kawiozem”, a także wyemitowano materiał w głównym wydaniu „Wiadomości” TVP, w którym krytycznie przedstawiono wizerunek kilkorga rezydentów biorących udział w głodówce.

Co jest istotą sporu pomiędzy panią a Telewizją Polską?

Dwa lata temu w portalu TVP Info opublikowano kłamliwy tekst, a następnie wyemitowano pełen manipulacji materiał w „Wiadomościach”. Przedstawiono rezydentów jako ludzi z podwójną twarzą, którzy za pomocą głodówki walczą o podwyżki, a tak naprawdę optywają w luksusach, jeżdżą na drogie wakacje, jedzą kawior i mają ekskluzywne auta w garażu.

Wykorzystano zdjęcie z moim wizerunkiem, mówiąc, że jestem na luksusowym wyjeździe, a to była fotografia z misji medycznej w Kurdystanie. Sytuacja jest tym bardziej kuriozalna, że wcześniej TVP wyemitowała reportaż ze mną i innymi uczestnikami tej misji. Pokazali też mnie na zdjęciu z samochodem marki Mustang, sugerując, że jeżdżę takim autem na co dzień, a ja wynajęłam je w czasie swojej podróży życia do przyjaciół. Jedyne auto, jakie mam, to kilkunastoletnia mazda. Te materiały miały oczernić nas, protestujących młodych lekarzy. Próbowano podważyć naszą wiarygodność. Zrobiono to po to, aby nam zaszkodzić.

Dwa dni po publikacji usunięto artykuł z portalu, a szef serwisu internetowego TVP Info przeprosił za zaistniałą sytuację na Twitterze.

To było żenujące. Ja wtedy nie miałam profilu na Twitterze, a TVP dociera do milionów odbiorców i są to też moi pacjenci. Skoro mnie obrażono w portalu internetowym

i w głównym wydaniu „Wiadomości”, to tam powinno się mnie przeprosić. Poza tym przeprosiny powinny wystosować TVP jako instytucja, bo to ona jest odpowiedzialna za emisję tych fake newsów.

Co pani czuła po obejrzeniu tych materiałów?

Było mi bardzo przykro, ale prawdziwa tragedia nastąpiła w kolejnych dniach od publikacji. W interencje wylała się na mnie olbrzymia fala hejtu. Kierowano przeciw mnie groźby, obelgi, wyzywano od najgorszych, od k... i zdrajców. Przez dwa tygodnie płakałam, wycofałam się całkowicie z życia publicznego. Wysyłano na mój prywatny e-mail pogróżki, pukano po nocy do drzwi. Jakiś obcy człowiek podszywał się pod kolegę osoby, od której wynajmowałam mieszkanie w Lublinie, i próbował się dostać do środka.

To dlatego zdecydowała się pani pójść do sądu?

Decyzja nie była łatwa, ale przekonano mnie, że warto. Ten pozew jest walką o godność wszystkich – lekarzy, pielęgniarek, ratowników, fizjoterapeutów i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Tu chodzi o prawdę i o głośne powiedzenie „przepraszam”. Chcę, aby mnie przeproszono w portalu TVP Info i w głównym wydaniu „Wiadomości”, a także wpłacono 30 tys. zł zadośćuczynienia na rzecz Polskiego Centrum Pomocy Międzynarodowej, z ramienia którego byłam na misji medycznej w Kurdystanie w 2016 r.

TVP chce oddalenia powództwa w całości i zwrotu kosztów sądowych.

Zupełnie nie poczuwają się do odpowiedzialności. To śmieszne.

Rozumiem, że nie ma już raczej szansy na ugodę. Żadnej ugody nie będzie.

Czy czuła pani wsparcie ze strony środowiska lekarskiego w trudnych chwilach?

Tak, ogromne. Ponadto Naczelna Rada Lekarska wspiera mnie i finansuje mój proces od samego początku,





za co chciałam serdecznie podziękować. My, medycy, nie możemy pozwalać na to, aby dziennikarze mówili kłamstwa i byli w tym całkowicie bezkarni.

19 listopada odbyła się pierwsza rozprawa. Jak wrażenia?

Sprawa jest w toku, więc jako strona postępowania nie mogę jej komentować. Bardzo dziękuję za pikietę popierającą mój pozew, która odbyła się pod sądem. Mimo zimna wielu kolegów i koleżanek przyjechało, by być ze mną. To było wzruszające. Jestem im za to bardzo wdzięczna.

Następna rozprawa dopiero 16 kwietnia, nie zniechęca to pani do walki?

Mój mecenas pociesza mnie, że to normalne, bo procesy sądowe w naszym kraju zwykle trwają długo. Spokojnie czekam na sprawiedliwy wyrok. Tymczasem zapraszam wszystkich przed Sąd Okręgowy Warszawa-Wola przy Al. Solidarności 127 w kwietniu przyszłego roku. Podczas rozprawy odbędzie się pikietę w imię obrony godności medyków.

Jak już pani mówiła, jedno z wykorzystanych przez TVP zdjęć, które rzekomo obrazowało egzotyczne wakacje, było w istocie wykonane w czasie misji medycznej w Kurdystanie. Jak tam było?

To była moja pierwsza misja. Bardzo trudna, pracy miałam mnóstwo, od rana do nocy. Przeżyłam wiele dramatycznych sytuacji. Pamiętam na przykład, jak trafiła do nas kobieta w dziewiątym miesiącu ciąży po wypadku komunikacyjnym. Uratowaliśmy ją, ale dziecko nie przeżyło.

Kiedy zobaczyłam materiał dziennikarski z wykorzystaniem zdjęcia ze mną w roli głównej, wykonanego podczas tej misji, w chwili, kiedy zrobiliśmy sobie kilka godzin wolnego, z przekazem, że jestem na drogich wakacjach, byłam w szoku i poczułam ogromne poczucie krzywdy.

19 listopada, przed Sądem Okręgowym w Warszawie

Nie była ważna prawda, ale teza, którą ktoś postanowił udowodnić moim kosztem. Trudno to nawet skomentować. Dr Paweł Szczuciński zaraz po materiale TVP obronił mnie, pokazując światu prawdziwe zdjęcia z misji w Kurdystanie – to było bardzo ważne, osiągnął olbrzymi odzew społeczny i ludzie zrozumieli, jak bardzo TVP kłamie.

Co dobrego dał pani ten wyjazd?

Zaszczepił we mnie jeszcze mocniej chęć pomagania potrzebującym. Moja praca i działalność związkowa jest podporządkowana takim wyjazdom. Zaczęłam nawet studiować medycynę ekstremalną. Zараłam swoją pasją innych i cieszę się, kiedy moi znajomi także zaczynają interesować się uczestnictwem w misjach. Podczas tych wyjazdów można się wiele nauczyć. Takie doświadczenia zmieniają światopogląd, zaczyna się doceniać to, co się ma. ■

Podczas pierwszej rozprawy sądowej w sprawie Katarzyna Pikulska kontra TVP, która odbyła się 19 listopada br., autor kontrowersyjnego tekstu, który ukazał się w portalu TVP Info, Ziemowit Kossakowski, zeznał, że tak naprawdę jest współautorem tego artykułu i że napisał go w oparciu o materiały przesłane przez wydawcę portalu. Stwierdził też, że zarówno wydawca, jak i szef serwisu mieli zaakceptować tekst do publikacji. – Wykorzystano mnie jako narzędzie do ataku na rezydentów – powiedział w sądzie Kossakowski. Dodał, że był najmłodszym i najmniej doświadczonym dziennikarzem w redakcji.

Tego dnia zeznawał też lekarz Paweł Kukiz-Szczuciński, który od wielu lat uczestniczy w misjach medycznych na całym świecie. Potwierdził, że zdjęcie przedstawione w publikacji TVP Info jako obrazek z luksusowych wakacji Katarzyny Pikulskiej w rzeczywistości zrobiono podczas misji medycznej w północnym Kurdystanie w 2016 r. Co więcej, stwierdził, że sam był autorem tej fotografii. Oceniał też, że była to najtrudniejsza i najbardziej niebezpieczna misja, w której dotychczas brał udział.

ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZTRZYGANIA SPORÓW

Mediacja w praktyce

Morbum evitare quam curare facilius est (łac. lepiej zapobiegać niż leczyć) – ta znana od starożytności i przypisywana Hipokratesowi maksyma pozostaje w harmonii z wszystkimi sytuacjami, w których dostępne są prostsze i skuteczniejsze możliwości niż ograniczenie się do eliminowania skutków zaistniałych zdarzeń.

TEKST **KAROLINA WRĄBEL**, ADWOKAT
MEDIATOR STAŁY PRZY SĄDZIE OKRĘGOWYM
W ŁODZI

Z tych względów powyższe można przenieść na płaszczyznę rozwiązywania sporów medycznych. Niniejszy artykuł poświęcony jest mediacji w ujęciu praktycznym.

Mediacja medyczna, czyli próba rozwiązania sporu pomiędzy lekarzem a pacjentem, przy udziale osoby trzeciej – mediatora, poza korzyściami w obrębie relacji interpersonalnych czy zmniejszeniem barier komunikacyjnych, pozwala na takie wypracowanie porozumienia, które będzie korzystne i akceptowalne dla obu stron konfliktu. Może stanowić samodzielną metodę rozwiązywania sporów albo być uzupełnieniem postępowania karnego czy cywilnego, np. na etapie negocjowania wysokości odszkodowania czy ustalania ewentualnych roszczeń niemajątkowych (np. przeprosiny).

W SPRAWACH CYWILNYCH

Zgodnie z art. 183(1) KPC mediację prowadzi się na podstawie umowy o mediację lub w oparciu o postanowienie sądu kierującego strony do mediacji. Umowa może być zawarta także przez wyrażenie przez stronę zgody na mediację, gdy druga strona złożyła taki wniosek. Zatem mediację pomiędzy lekarzem a pacjentem można prowadzić przed wszczęciem

postępowania sądowego, a za zgodą stron – także w toku sprawy cywilnej. Kierując strony do mediacji, sąd w pierwszej kolejności wyznacza mediatora z listy mediatorów stałych, jednak zgodnie z zasadą akceptowalności strony mogą dokonać wyboru innego mediatora. Wyłączna decyzyjność stron co do osoby mediatora pozostawiona jest dla mediacji umownych.

PRZEBIEG

W przypadku wyrażenia przez obie strony zgody na mediację, mediator niezwłocznie w porozumieniu ze stronami (pacjentem i lekarzem) wyznacza termin i miejsce posiedzenia mediacyjnego. Najczęściej pierwsze spotkania odbywają się z mediatorem indywidualnie, podczas których każda ze stron ma możliwość przedstawienia podłoża konfliktu. Z przebiegu mediacji, niezależnie od jej wyniku, sporządza się protokół, w którym oznacza się jedynie miejsce i czas przeprowadzenia

mediacji, a także imię, nazwisko i adresy stron, imię i nazwisko oraz adres mediatora, a ponadto wynik mediacji. Zgodnie z zasadą poufności mediacji w protokole nie zamieszcza się informacji co do przebiegu mediacji. Natomiast, jeżeli strony zawarły ugodę przed mediatorem, to taką ugodę zamieszcza się w protokole albo załącza się do niego. Zawartą ugodę podpisują strony, a następnie musi być ona zatwierdzona przez sąd, by mogła wywołać te same skutki prawne, co uгода zawarta przed sądem. W tym celu należy złożyć wniosek do sądu o zatwierdzenie. Skutkiem procesowym zawarcia ugody przez strony na etapie sądowym jest umorzenie postępowania.

Przykład: pacjent zgłosił roszczenia odszkodowawcze do lekarza wykonującego prywatną praktykę lekarską w związku z przeprowadzonym zabiegiem z zakresu medycyny estetycznej. W toku postępowania sądowego sprawa, postanowieniem sądu,



MEDIACJA

- ➔ to szansa rozwiązania sporu w ciągu kilku dni lub tygodni
- ➔ możliwa jest na każdym etapie sporu z pacjentem – przedsądowym i sądowym



MEDIATOR

- ➔ dba o dobrowolność uczestniczenia w mediacji
- ➔ wspomaga proces komunikacji pomiędzy stronami
- ➔ dba o poufność mediacji
- ➔ jest neutralny wobec przedmiotu sporu
- ➔ jest bezstronny wobec uczestników sporu

została skierowana do mediacji. Strony zawarły ugodę, która następnie została zatwierdzona przez sąd.

W SPRAWACH KARNYCH

W sprawach rozpoznawanych na podstawie kodeksu karnego, gdzie w zależności od etapu postępowania, najpierw podejrzanym, a później oskarżonym pozostaje lekarz, również możliwe jest prowadzenie mediacji. Zasadzie dobrowolności ustawodawca dał wyraz w regulacji art. 23a § 1 KPK, zgodnie z którym skierowanie sprawy do mediacji może nastąpić „z inicjatywy lub za zgodą pokrzywdzonego i oskarżonego”. Zatem mediacji nie prowadzi się, jeżeli przynajmniej jedna ze stron postępowania wyrazi sprzeciw.

Decyzyjność skierowania sprawy na drogę postępowania medacyjnego została pozostawiona w postępowaniu przygotowawczym – prokuratorowi i policji, a w postępowaniu sądowym – sądowi. Przykłady spraw karnych, w których można skorzystać z instytucji mediacji to: przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci – art. 155 KK, przestępstwo spowodowania średniego i lekkiego uszczerbku na zdrowiu – art. 157 KK, przestępstwo narażenia człowieka na niebezpieczeństwo utraty życia lub

ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – art. 160 KK, czy też przestępstwo znieważenia – art. 212 KK. Z punktu widzenia lekarza atrakcyjność mediacji przejawia się tym, że w toku postępowania medacyjnego nie musi przyznawać się do winy. Ważne jest również to, że wydając końcowy wyrok, sąd bierze pod uwagę rezultat mediacji, czemu może dać wyraz w niższym wymiarze kary. Efektem pozytywnego wyniku mediacji i zawarcia ugody, w której pokrzywdzony cofnie wniosek o ściganie, w zależności od podstawy prawnej oskarżenia, prokurator albo sąd mogą umorzyć postępowanie przeciwko lekarzowi.

Przykład: lekarz został oskarżony o narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a które narażenie mógł przewidzieć, tj. o czyn z art. 160 § 3 KK w zw. z art. 160 § 2 KK. W toku sprawy karnej strony zdecydowały się na mediację. W wyniku zawartej ugody sąd umorzył postępowanie karne przeciwko lekarzowi.

W ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ LEKARZA

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy jest w pewien sposób zbliżona do tej na gruncie karnym, jednak za

WAŻNE

Zatwierdzona przez sąd uгода zawarta przed mediatorem ma moc wyroku sądowego.

określony czyn lekarz może ponieść równocześnie odpowiedzialność karną oraz odpowiedzialność dyscyplinarną przed sądem lekarskim. Mediację, jako narzędzie rozwiązywania konfliktów w postępowaniach dotyczących błędów medycznych, dostrzegł ustawodawca, wprowadzając w ustawie o izbach lekarskich postępowanie medacyjne zarówno w fazie wyjaśniającej przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, jak i przed sądem lekarskim. Z kolei wzrost atrakcyjności mediacji prowadzonych na podstawie tej ustawy z pewnością można osiągnąć poprzez unormowanie przewidujące umorzenie postępowania w przypadku zawarcia ugody między pokrzywdzonym a obwinionym.

Przykład: w toku mediacji, nie tylko w interesie pacjenta, ale także we własnym interesie, lekarz może w ramach ugody zgodzić się na udział w konkretnych szkoleniach dotyczących specjalistycznej dziedziny, w związku z którą popełnił dany błąd.

Podsumowując tematykę mediacji medycznej, podkreślić należy, że o ile wzrost liczby postępowań przeciwko lekarzom czy też koszt ich prowadzenia, stopień skomplikowania, a także ostatecznie wysokość zasądzonych odszkodowań są mierzalne, o tyle mediacja, jako jedyna metoda rozwiązywania sporów, stwarza możliwość zaspokojenia potrzeb związanych z wyjątkowością materii relacji między lekarzem a pacjentem. Wraz z nadzieją na rosnące zastosowanie mediacji medycznej, z wyraźnym jednak zaznaczeniem, że o jej powodzeniu decydować będzie postawa zainteresowanych środowisk: lekarzy, prawników, instytucji zajmujących się prawami pacjentów i ochroną zdrowia, towarzystw ubezpieczeniowych, a także mediatorów. ■

Apel o pomoc dla Pawła Drojeckiego

Lekarz Paweł Drojecki, chirurg naczyniowy z Torunia, rok temu zachorował na stwardnienie zanikowe boczne. Obecnie porusza się na wózku elektrycznym, a choroba szybko postępuje. Pojawiła się szansa leczenia w Izraelu komórkami macierzystymi, na którą doktor Drojecki został zakwalifikowany. Kuracja ta ma spowolnić postęp choroby i wydłużyć jego życie, jest jednak bardzo kosztowna. [Link do zbiórki: https://www.siepomaga.pl/zycie-pawla](https://www.siepomaga.pl/zycie-pawla) ■

Walka o życie Aleksa

„Nasz synek przyszedł na świat ze śmiertelną chorobą. To zmieniło wszystko... Początkowy szok i strach zastąpiła jednak determinacja. Dziś robimy wszystko, by nasze jedyne dziecko mogło być z nami jak najdłużej... Bardzo prosimy o pomoc” – apeluje Magdalena Jutrzenka, pełna determinacji mama i lekarz (WIL). Trwa zbiórka pieniędzy na terapię genową w Stanach Zjednoczonych dla czteromiesięcznego syna Aleksa, u którego zdiagnozowano SMA typu I. [Link do zbiórki: https://www.siepomaga.pl/alex](https://www.siepomaga.pl/alex) ■

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ODSZKODOWAWCZA LEKARZY

„Zaoczna” recepta a wyłudzenia leków

Jaka jest odpowiedzialność prawna lekarza w kontekście świadczeń z zakresu telemedycyny i wystawiania e-recept? To powinienś wiedzieć, gdy zapuka do ciebie NFZ.

TEKST **JAROSŁAW KLIMEK**,
RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

Do 1 stycznia 2015 r. lekarz mógł orzekać o stanie zdrowia pacjenta tylko wtedy, jeśli uprzednio osobiście go zbadał, chyba że przepisy odrębne przewidywały sytuacje, w których taki wymóg nie musiał zostać dotrzymany. Stanowił o tym ówczesnie obowiązujący art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Przy okazji zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzającej „szybką ścieżkę onkologiczną”, art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty otrzymał zupełnie odmienną treść.

Z OSOBISTYM ZBADANIEM CZY BEZ?

Zmiany te weszły w życie 1 stycznia 2015 r. Od tego dnia nowe przepisy pozwoliły lekarzom wystawiać recepty niezbędne do kontynuacji leczenia, czy też zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, bez dokonania osobistego badania pacjenta. Recepta czy zlecenie mogły być wystawione

w taki sposób, jeżeli było to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. Fakt taki musiał również zostać odnotowany w dokumentacji medycznej. Wprowadzono również przepisy pozwalające na wydanie takiej „zaocznej” recepty (zlecenia) osobie upoważnionej przez pacjenta, jego przedstawicielowi ustawowemu, albo nawet osobie trzeciej bez wskazywania jej konkretnych danych na podstawie oświadczenia pacjenta odnotowanego lub załączonego do jego dokumentacji medycznej.

Od 12 grudnia 2015 r. lekarze uzyskali możliwość orzekania o stanie zdrowia pacjenta nie tylko po jego uprzednim osobistym zbadaniu, ale również po badaniu przeprowadzonym za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Zmianie uległ wtedy art. 42 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

W IMIĘ ROZWOJU TELEMEDYCYNY

Kolejna zmiana omawianego przepisu weszła w życie 18 kwietnia 2018 r. Od tego dnia lekarze mogli wystawiać recepty (zlecenia) bez

E-WIZYTA

To rozwiązanie wprowadzone rozporządzeniem MZ z 31.10.2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, które weszło w życie 5.11.2019 r.

konieczności dokonania badania pacjenta, jeśli było to niezbędne do kontynuowania leczenia. Z art. 42 ust. 2 ustawy zniknęło wtedy określenie „osobistego” w odniesieniu do badania poprzedzającego wystawienie recepty. Co ciekawe, w uzasadnieniu tej zmiany Ministerstwo Zdrowia wskazywało, że ma się to przyczynić do rozwoju telemedycyny. Można mieć wątpliwość, czy zmiana taka prowadziła do zamierzonego celu, skoro pozwalała na wydanie recepty bez jakiegokolwiek badania, a nie tylko bez badania „osobistego”.

Na kolejną zmianę nie trzeba było długo czekać. Weszła w życie 23 sierpnia 2018 r. Orzeczenie o stanie zdrowia stało się możliwe po uprzednim, osobistym badaniu pacjenta lub jego badaniu przeprowadzonym za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby.

Od 1 grudnia 2018 r. zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego,



Spotkałem się z sytuacją żądania przez NFZ zwrotu refundacji od przychodni, w której recepta została wystawiona, a ta następnie swoje roszczenia kierowała do lekarzy, którzy wystawili recepty zakwestionowane przez Fundusz.

wykonującej działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, albo o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny wystawiane są za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (e-zła). Wystawienia e-zła nadal jednak następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia (art. 55 ust. 4 pkt 10. ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa).

E-WIZYTA

5 listopada 2019 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 31 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 r., poz. 2120). Wprowadza ono rozwiązania nazywane w mediach „e-wizytą”. Sprowadza się ono do zmodyfikowania treści trzech załączników do rozporządzenia określających wykazy świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (a także pielęgniarki i położnej POZ) oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. We wszystkich przypadkach w wykazach pojawia się, obok porady (wizyty) w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą, porada (wizyta) na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

W styczniu 2020 r. obowiązkowe stanie się wystawianie recept praktycznie w postaci elektronicznej (papierowe pozostaną recepty „pro auctore”, „pro familiae” i na leki

nierefundowane, papierową receptę można będzie wystawić również w przypadku braku dostępu do SIM, który ma być interpretowany dość szeroko).

UWAGA NA WYŁUDZENIA

Opisane rozwiązania miały ułatwić życie lekarzom i pacjentom, szczególnie w przypadku leczenia chorób przewlekłych. Niosą jednak pewne niebezpieczeństwa. Szczególnie wyraźnie widać to w przypadku „zaocznych” recept. Zdarzają się niestety sytuacje, w których pacjenci wykorzystują to rozwiązanie do wyłudzenia leków. Nawet przy ordynacji uzasadnionej względami medycznymi, leki przepisywane są w nadmiernych ilościach, bo pacjenci zgłaszają się do przychodni z prośbą o wypisanie leku koniecznego do kontynuowania leczenia. Przeróżnie argumentują przy tym takie prośby, choćby zagubieniem recepty (leku) czy długotrwałym wyjazdem zagranicznym. Spotkałem się z sytuacją żądania przez NFZ zwrotu refundacji od przychodni, w której recepta została wystawiona, a ta następnie swoje roszczenia kierowała do lekarzy, którzy wystawili recepty zakwestionowane przez Fundusz.

ŻĄDANIA O ZWROT REFUNDACJI

Ocena sytuacji dokonywana przez NFZ następuje na podstawie zupełnie innego materiału niż ten, którym dysponuje lekarz w momencie wystawienia recepty. Lekarz może nie dysponować informacją o tym, że inni koledzy wystawili już pacjentowi recepty na ilość leków wystarczającą nawet na dłuższy okres. Może również zostać wprowadzony przez

pacjenta w błąd, choćby informacją o zagubieniu czy zniszczeniu recepty. Lekarz, w przeciwieństwie do NFZ, nie dysponuje informacją, czy recepta została zrealizowana, co pozwoliłoby na podważenie twierdzeń pacjenta o jej zagubieniu. NFZ oblicza również ilość leku, którą jego zdaniem powinien zażyć pacjent, zgodnie z dawkowaniem zapisanym na receptce. Pomija przy tym zupełnie fakt, że szczególnie w przypadku leków przeciwbólowych dawkowanie zależy od intensywności bólu i indywidualnej wrażliwości pacjenta na leczenie, że inaczej na lek reagują pacjenci rozpoczynający leczenie i ci, którym leki podawane były już wcześniej. Zalecane dawkowanie może wobec tego być niższe niż rzeczywista ilość leku przyjmowanego przez pacjenta, a co za tym idzie – może on zużywać większą jego ilość od przyjętej do wyliczenia „szkody” NFZ. Nie można również zapominać o tym, że pewna ilość leku została pacjentowi przepisana w ilości niezbędnej do kontynuowania leczenia, a pacjent rzeczywiście jej potrzebował. Ilość ta musi zostać wyliczona z uwzględnieniem wszelkich okoliczności danego przypadku, o których już wspominałem.

Istotne są również – szczególnie w przypadku lekarzy pozostających w stosunku pracy – kwestie organizacji pracy, wymagań pracodawców co do liczby przyjmowanych pacjentów, udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów zgłaszających się po recepty na leki niezbędne do kontynuowania leczenia. Jeśli pracodawcy nie stworzyli lekarzom odpowiednich warunków pracy, nie wypracowali rozwiązań pozwalających wystawiać „zaoczne” recepty w sposób prawidłowy, to skutki takich zaniedbań nie mogą obciążać wyłącznie lekarzy. Zwykle oczekuje się od lekarzy przyjęcia w godzinach ich pracy określonej liczby pacjentów, bez uwzględnienia obciążeń biurokratycznych związanych z samą wizytą. Musi to być brane pod uwagę przy rozstrzygnięciu o ewentualnej odpowiedzialności odszkodowawczej lekarzy. ■



W PIGUŁCE

Transplantacje – gdzie jesteśmy?

Tegoroczny, 14. Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego poświęcony był zagadnieniom związanym z transplantologią, m.in. aspektem etycznym i prawnym przeszczepiania. Eksperci przedstawili też najważniejsze osiągnięcia i kierunki rozwoju medycyny transplantacyjnej, ale nie zabrakło także debat dotyczących aktualnych problemów.

Przeszczepianie narządów w Polsce ma swoją historię od roku 1966, kiedy w Akademii Medycznej w Warszawie

zespoły prof. Tadeusza Orłowskiego i prof. Jana Nielubowicza dokonały wspólnie pierwszego udanego przeszczepienia nerki od dawcy zmarłego. Od tego czasu do końca 2018 r. wykonano w naszym kraju 32 676 przeszczepień narządów. W samym 2018 r. przeszczepiono 1454 narządy.

Jak podkreślali eksperci PTT, zasadniczym problemem jest niedobór narządów do przeszczepienia. Najlepsza sytuacja jest tam, gdzie sprawnie działają koordynatorzy transplantacji i gdzie procedura ta jest utrwalona. Inne problemy to m.in.

niedostateczna liczba przeszczepień nerki od dawców żywych czy zbyt niska wycena procedur transplantacyjnych. PTT zwraca też uwagę na potrzebę wypracowania strategii rozwoju medycyny transplantacyjnej na lata 2021-2030. Konieczne jest też pilne znowelizowanie ustawy transplantacyjnej.

W 28 sesjach naukowych kongresu wzięło udział w sumie 550 uczestników. Prezes NRL prof. Andrzej Matyja objął honorowym patronatem to wydarzenie, a „Gazeta Lekarska” była patronem medialnym. ■



gazetalekarska.pl

Zaszczytne odznaczenia



Prof. Grażyna Świątecka została odznaczona Orderem Orła Białego, a dr Anna Gręziak – Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski. Gratulujemy!

11 listopada prezydent Andrzej Duda wręczył odznaczenia państwowe: prof. Grażynie Świąteckiej (kardiolog) i dr Annie Gręziak (anestezjolog).

Grażyna Świątecka została odznaczona Orderem Orła Białego, czyli najstarszym i najwyższym odznaczeniem państwowym Rzeczypospolitej Polskiej za zasługi w upowszechnianiu idei wrażliwości na potrzeby drugiego człowieka i bezinteresownej pomocy oraz osiągnięcia w podejmowanej z pożytkiem dla kraju pracy zawodowej i służbie społeczeństwu polskiemu. Stworzyła Telefon Zaufania „Anonimowy Przyjaciół”, była prezesem Polskiego Towarzystwa Pomocy Telefonicznej, a w jej życiu rysie na uwagę zasługuje fakt pełnienia funkcji

rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Gdańsku. Dotychczas Order Orła Białego otrzymało zaledwie kilkoro lekarzy. – Powiedziałam panu prezydentowi, że to wyróżnienie przekroczyło moje dokonania, czemu on uprzejmie zaprzeczył. Czuję się podniośle, to uroczysty moment mojego życia – powiedziała prof. Świątecka tuż po zakończeniu uroczystości w Pałacu Prezydenckim. Natomiast Anna Gręziak została odznaczona Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski za wybitne zasługi w działalności na rzecz przemian demokratycznych w Polsce, a także za osiągnięcia w pracy zawodowej i działalności państwowej. Dr Gręziak była działaczką opozycji demokratycznej w PRL, a podczas stanu wojennego jako lekarz pomagała członkom „Solidarności”. – Prezydent Rzeczypospolitej ma ten zaszczyt, że może państwu wręczyć symboliczne podziękowania od Polski za wielkie dzieło, które państwo w swoim życiu i swoim życiem realizujecie – powiedziała prezydent. Mówiąc o prof. Świąteckiej, podkreślił, że stworzyła pierwszy w Polsce telefon zaufania, co uratowało życie wielu ludziom i pomogło wielu rodzinom. ■

Stomatologia

21 listopada odbyło się pierwsze w tej kadencji i pierwsze zwołane niezależnie od posiedzenia zjazdu krajowego otwarte posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL, na które zaproszono wszystkich lekarzy dentystów będących delegatami na KZL.

– Wasz głos powinien być głosem środowiska lekarskiego – powiedział podczas otwarcia tego spotkania prof. Andrzej Matyja, prezes NRL. – Ważne jest, żebyśmy byli razem, to nasza siła. Takie spotkania powinny odbywać się przynajmniej raz w roku, żebyście mówili o swoich spostrzeżeniach i o tym, co dzieje się w samorządzie – zaznaczył.

W trakcie ponad czterogodzinnej dyskusji omówiono najważniejsze aspekty prac NRL w tej kadencji. Odbyła się dyskusja dotycząca procedur postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej. Sformułowano też apel do decydentów, polityków i wszystkich, których może on dotyczyć, o wydobywanie polskiej stomatologii z niszy, w jakiej się znalazła. Obradująca w dniu 22 listopada Naczelna Rada Lekarska w przyjętym stanowisku potwierdziła i przyjęła za swoje tezy tego apelu. ■



ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Spotkań czas

czyli niespotykanie pracowity miesiąc

Tak, to był czas spotkań. W sytuacji, kiedy nie wiadomo, za który to z obszarów tak wyjątkowo konsekwentnie „ulepszanej” medycznej rzeczywistości wziąć się najpierw, warto powrócić do starej prawdy, że szczęścia szuka się w sobie.

I w ramach tej introspekcji nadszedł czas na spotkanie wszystkich stomatologów delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy. Historia organizowania takich spotkań to długa opowieść. Do tego naznaczona znamienym dla poprzednich kadencji rodzajem jakiegoś niewytłumaczalnego lęku przed zgromadzeniem w jednym miejscu i czasie wszystkich stomatologów NIL. Zebraliśmy się zatem 21 listopada, po raz chyba pierwszy, poza okazją zjazdów, z zamiarem przeglądu podstawowych obszarów naszych prac. Niedobrze byłoby, gdyby czy to okręgowe komisje stomatologiczne, czy to delegaci na KZL nabrali przekonania, że oczekuje się od nich tylko asystowania przy wypełnianiu reprezentacji na poziomie krajowym. Zgromadzenie nasze zwróciło się do klasy politycznej, do władzy wykonawczej, do wszystkich, którzy mogą i chcą się wśród adresatów odnaleźć, z dramatycznym w gruncie rzeczy apelem o wydobywanie polskiej stomatologii z nisy, w jakiej bez własnej winy się znalazła.

Śmiało postawiliśmy lekko tylko zawołowaną tezę, że paradoksalnie „pod górkę” mamy poprzez naszą zaradność. Ot, dzięki inwencji i uporowi prowadzimy nasze mniejsze lub większe przychodnie. Nie my jedni

– fakt. Ale do tego większość przychodu całej branży to środki prywatne. Stąd już tylko krok do wniosku o samowystarczalności stomatologii. A ponieważ nadinterpretacja to druga natura urzędów, z rozpędu przeto uznano, że jesteśmy tak samodzielni, że nawet na naszą podyplomową edukację grosza publicznegołożyć nie trzeba.

Konwencja krótkiego felietonu zwalnia mnie z podjęcia choćby próby zrelacjonowania naszych izbowych wystąpień i szeregu czasów budujących, innym razem po prostu niezbędnych, spotkań. Po prostu nie da się tego wtłoczyć w tej wielkości wstępu. Najważniejszych wątków uprawianej przez nas epistolografii najlepiej szukać na Twitterze i stomatologicznych podstronach www.nil.org.pl. Mam przy okazji zaszczyt przewodniczyć komitetowi redakcyjnemu nowej witryny internetowej NIL. Jak przysłowiowa „kania dżdżu” wyglądam końca prac, aby wreszcie móc ogrom tych materiałów w jednym miejscu poukładać, posortować i powiązać ze sobą. Wszelkie znaki na niebie i ziemi wskazują, że wraz z Nowym Rokiem uda się oddać witrynę do użytku. Niezależnie jednak, czy w starej, czy w nowej odsłonie portalu, wyglądajcie Państwo wiści. Będziemy np. relacjonować pasjonujący mecz „lekarze kontra systemy informatyczne RP”. Sama e-Recepta, choć to medialnie ekstraklasa, najwyraźniej nie wystarczyła. Władza postanowiła zdigitalizować nasze odpady medyczne. I na nic zdadzą się żarty w stylu, że to „śmieciowe dane” – bez komputera władze nie chcą pozwolić nawet na oddanie odpadów, nie mówiąc o zestawieniach ich dotyczących. Mecz na boisku Ministra Środowiska może być nawet ciekawszy niż szerzej komentowany w mediach turniej e-recepty. W tym ostatnim przypadku zostawiono chociaż bezpiecznik w postaci możliwości wystawienia dokumentu papierowego. Przy odpadach do tego stopnia zaufano znów naszej sprawności, że takiej możliwości nie przewidziano. I tu żarty się rzecz jasna kończą. Ze śmiertelną powagą zwróciliśmy się z apelem o należną w tym wypadku rozagę.

Spotkamy się już w Nowym Roku. Tymczasem przed nami świąteczne spotkania, których czar niech zostanie w nas jak najdłużej. ■

“

Sama e-recepta, choć to medialnie ekstraklasa, najwyraźniej nie wystarczyła. Władza postanowiła zdigitalizować nasze odpady medyczne.

BIULETYN

NR 7 (192)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, X-XI 2019

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 18 października 2019 r.

UCHWAŁA Nr 31/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 18 października 2019 r. zmieniająca uchwałę w sprawie regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt. 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965), uchwala się, co następuje:

§ 1.

W załączniku do uchwały Nr 15/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 listopada 2018 r. w sprawie regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis” wprowadza się następującą zmianę:

1) w § 5 dodaje się ust. 6 w brzmieniu:
„6. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, na wniosek Kapituły Odznaczenia, Naczelna Rada Lekarska może podjąć uchwałę o zwiększeniu liczby przyznawanych w danym roku kalendarzowym Odznaczeń, określając ich liczbę. W takim przypadku, do przeprowadzenia procedury rozpatrzenia złożonych wniosków i podjęcia uchwały o nadaniu Odznaczenia stosuje się odpowiednio § 5 ust. 1-4.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 32/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 18 października 2019 r. w sprawie zwiększenia liczby odznaczeń „Meritus Pro Medicis” w roku 2019

Na podstawie § 5 ust. 6 Regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”, stanowiącego Załącznik do Uchwały Nr 15/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 listopada 2018 r., uchwala się, co następuje:

§ 1.

W związku z przypadającym na 2019 rok jubileuszem 30-lecia odrodzenia samorządu lekarskiego, Odznaczenie „Meritus Pro Medicis” może zostać przyznane w 2019 roku 15 osobom.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 33/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 18 października 2019 r. w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2020

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965, z późn. zm.), uchwala się, co następuje:

§ 1.

Ustala się terminy posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2020:

31 stycznia, 13 marca, 18 kwietnia, 19 czerwca, 4 września, 16 października, 6 listopada, 11 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 34/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 18 października 2019 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza

i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577 i 730) i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6, 7 i 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965), 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 dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, zmienionej uchwałą Nr 7/18/VIII z dnia 31 sierpnia 2018 r. i uchwałą Nr 23/19/VIII z dnia 31 maja 2019 r., wprowadza się następującą zmianę:

1) w § 17 w ust. 5 dodaje się zdanie w brzmieniu:

„W przypadku lekarza dentysty przeszkolenie, o którym mowa w ust. 2 i 3 może także odbywać się w podmiotach uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych, o których mowa w art. 15 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 35/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 18 października 2019 r. w sprawie powierzenia Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi organizacji obchodów 100-lecia samorządu lekarskiego

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

§ 1.

Powierzyć Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi organizację obchodów 100-lecia samorządu lekarskiego, które odbędą się w 2021 roku.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 16/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 18 października 2019 r. w sprawie publicznego ataku na naukowo udowodnione metody ratowania życia i lekarzy je stosujących

16 października 2019 r. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach „Stop Nop” zamieściło na portalu społecznościowym Facebook wpis, z którego wynika, że w polskich szpitalach na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dochodzi do eutanazji pacjentów.

Naczelna Rada Lekarska z stanowczo sprzeciwia się tej próbie bezpardonowego, karygodnego szkalowania lekarzy, podważania zasadności stosowanych metod leczniczych i zarazem straszenia pacjentów.

Zarzucanie lekarzom pracującym w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii

podejmowania działań mających na celu umyślne spowodowanie śmierci pacjenta w celu osiągnięcia korzyści majątkowej dla szpitala jest poza wszelką krytyką i nie może pozostać bez zdecydowanej reakcji.

Zgodnie z zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej, lekarz ma obowiązek służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu, według najlepszej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek. Rozpowszechnianie wśród rodzin pacjentów przekonania, że leki i procedury medyczne powszechnie stosowane w oddziałach intensywnej terapii celem ratowania życia mają rzekomo być stosowane w celu zabijania pacjentów, wymaga zdecydowanej reakcji organów ścigania. Niezastosowanie w odpowiednim czasie tych metod leczenia byłoby poważnym błędem medycznym i skutkowałoby nieodwracalnymi konsekwencjami zdrowotnymi dla chorych. Zwracamy uwagę, że bezrefleksyjne wypowiedzianie kategoriicznych i błędnych sądów na temat postępowania medycznego jest barbarzyństwem, zwłaszcza gdy dotyczy chorych w stanie zagrożenia życia.

Naczelna Rada Lekarska podjęła wszelkie

możliwe kroki zmierzające do ukarania autorów wpisu i oczekuje również stanowczej postawy organów publicznych odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w Polsce.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 17/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 18 października 2019 r. w sprawie projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, przekazany przy piśmie Pani Józefy Szczurek-Żelazko, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 19 września 2019 r., znak: DSP.0212.3.2018. BJ, nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

Posiedzenie KKW – 8 listopada 2019 r.

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

z dnia 8 listopada 2019 r. o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019, poz. 965) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionej uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., oraz § 3 ust. 1 pkt 7 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Krajowej

Komisji Wyborczej Nr /19/VIII z dnia 8 listopada 2019 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej lek. Roberta Szczepary, obwieszcza się, co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Rady Lekarskiej na okres VIII kadencji 2018-2022 lek. Roberta Szczepary.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

Paweł Sustowski

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 8 listopada 2019 r. o uzyskaniu mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019, poz. 965) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach

i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionej uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., oraz § 3 ust. 1 pkt 7 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 8 listopada 2019 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej przez lekarz Halinę Jadwigę Bobrowską, obwieszcza się, co następuje:

Członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres VIII kadencji 2018-2022 została lekarz Halina Jadwiga Bobrowska.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

Paweł Sustowski

Posiedzenie NRL – 22 listopada 2019 r.

UCHWAŁA Nr 37/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 22 listopada 2019 r. w sprawie wyboru firmy audytorskiej do przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 66 ust. 4 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2019 r. poz. 351, z późn. zm.) oraz art. 114 ust. 1 i 3 i art. 40 ust. 4 z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Dokonać wyboru firmy Kancelaria Biegłego Rewidenta Anna Małyska do przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego Naczelnej Izby Lekarskiej za lata 2019 i 2020.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Andrzeja Matyję i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia umowy z firmą, o której mowa w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobnik Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 38/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 22 listopada 2019 r. zmieniająca uchwałę w sprawie składu Komisji Stypendialnej Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965, z późn. zm.) w związku z § 10 ust. 3 i 4 Regulaminu przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik nr 1 do uchwały nr 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r. w sprawie utworzenia funduszu stypendiów dla lekarzy i lekarzy dentystów w celu doskonalenia zawodowego, uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 10/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r. w sprawie składu Komisji Stypendialnej Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadza się następującą zmianę:
1) w § 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) Bartosz Urbański (lekarz).”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobnik Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 39/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 22 listopada 2019 r. zmieniająca uchwałę w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 11/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 31 sierpnia 2018 r. w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadza się następujące zmiany:

- 1) W § 1 pkt 4 w skład Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów powołuje się Mariusza Witczaka (w miejsce Ryszarda Grabowskiego);
- 2) w § 1 pkt 6 w skład Komisji ds. Młodych Lekarzy powołuje się Agatę Dyrkiewicz (w miejsce Piotra Nowaka).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobnik Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 18/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 22 listopada 2019 r. w sprawie poparcia apelu Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczącego stomatologii w Polsce

Naczelna Rada Lekarska przyjmuje tezy zawarte w Apelu Komisji Stomatologicznej, podjętym w dniu 21 listopada 2019 r., i zwraca się do adresatów tego Apelu o uwzględnienie zawartych w nim postulatów.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobnik Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 19/19/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 22 listopada 2019 r. w sprawie wprowadzania e-recept

Naczelna Rada Lekarska podziela opinie środowiska lekarskiego o nieprzygotowaniu Systemu Informacji Medycznej, jak i prawnego otoczenia procesu cyfryzacji dokumentacji medycznej do powszechnego i jednoczesnego rozpoczęcia realizacji obowiązku wystawiania recept elektronicznych od 8 stycznia 2020 r. Ministerstwo Zdrowia było o zastrzeżeniach Naczelnej Rady Lekarskiej informowane na bieżąco, a prowadzone w tym zakresie rozmowy zawsze charakteryzował duży stopień uszczerbowienia. Naczelna Rada Lekarska podtrzymuje opinię, iż z uwagi na powyższe i bezpieczeństwo pacjentów oraz środowiska medycznego, powinny dopuszczalne być jednocześnie obie formy recept, co może znaleźć odzwierciedlenie w korekcie stanu prawnego, dokonanej nawet po 7 stycznia 2020 r.

Przypomnieć należy, że zgodnie z przepisami ustawy Prawo farmaceutyczne, po 7 stycznia 2020 r., w przypadku braku dostępu do Systemu Informacji

Medycznej, lekarz ma prawo wystawić receptę w postaci papierowej. Wystawienie recept w postaci papierowej w warunkach braku dostępu do Systemu nie jest zagrożone żadną sankcją, a papierowa pozostać recepty nie może w żaden sposób uniemożliwić jej realizacji.

Powyższe kwestie były szeroko omówione podczas spotkania Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z Podsekretarzem Stanu Ministerstwa Zdrowia Panem Januszem Cieszyńskim z udziałem przedstawicieli Federacji Porozumienie Zielonogórskie w dniu 21 listopada 2019 r., z którego Komunikat stanowi załącznik do niniejszego stanowiska.

ZASTĘPCA SEKRETARZA PREZES
Artur Drobnik Andrzej Matyja

Komunikat ze spotkania PNRL z Podsekretarzem Stanu Ministerstwa Zdrowia w dniu 21 listopada 2019 r.

21 listopada 2019 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie Prezydium NRL z Podsekretarzem Stanu w Ministerstwie Zdrowia Panem Januszem Cieszyńskim. W spotkaniu udział wzięła zaproszona delegacja Federacji Porozumienie Zielonogórskie: prezes Jacek Krajewski i wiceprezes Tomasz Zieliński. Z oczywistych względów dyskusja koncentrowała się wokół mającego wejść w życie z początkiem 2020 r. obowiązku wystawiania recept w postaci elektronicznej.

Za kluczowe należy uznać ustalenie, że zgodnie z przepisami ustawy Prawo farmaceutyczne, wystawienie po 7 stycznia 2020 r. – w przypadku braku dostępu do Systemu Informacji Medycznej – recepty w postaci papierowej jest uprawnieniem osoby wystawiającej receptę, zabezpiecza potrzeby pacjenta i nie jest obciążone ryzykiem sankcji. Brak jest również powodów, dla których recepta taka mogłaby spotkać się z odmową realizacji.

Strona lekarska podkreśliła, że dokonywane przez placówki medyczne inwestycje w zakup oprogramowania wymagają pewności co do trwałości i bezpieczeństwa gromadzonych w nim danych osobowych i danych o leczeniu. Z tego względu przypomniano, że PNRL domaga się stworzenia przez Ministerstwo Zdrowia warunków do migracji danych – procedura ta jest niezbędna dla zachowania prawa pacjenta do dokumentacji medycznej i jest elementarnym wymogiem konkurencyjności na rynku oprogramowania medycznego. Strona lekarska uzyskała zapewnienie ministra J. Cieszyńskiego, że w toku dalszych prac nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia ws. rodzajów i wzoru dokumentacji medycznej, postulat ten będzie uwzględniony. Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia zobowiązało się do pełnej współpracy ze środowiskiem lekarskim podczas wdrażania projektu e-recepty.

Przygotowana przez władze publiczne ogólnodostępna aplikacja gabinet.gov.pl, choć przydatna głównie w indywidualnych praktykach, po usprawnieniu niektórych funkcjonalności może być użytecznym narzędziem do wystawiania recept elektronicznych.

GŁOS CZYTELNIKÓW

Jak uchwalano ustawę o ubezpieczeniach zdrowotnych

Kolega K. Madej w swoim felietonie w październikowej „GL” wielokrotnie mija się z prawdą, opisując okoliczności uchwalania i wprowadzania w życie ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych i zakładając prawdopodobnie, że nikt już tych wydarzeń nie pamięta. Jako ich uczestnik czuję się zmuszony zabrać głos.

Ustawa o systemie ubezpieczeń zdrowotnych, pilotowana przez ówczesnego ministra zdrowia prof. J. Zochowskiego, po wykonaniu rzetelnych i pracochłonnych analiz i symulacji, zakładała wprowadzenie kas chorych ze sztywną składką 10 proc., bez żadnej „ustawowej perspektywy wzrostu tej składki do 11 proc.” – jak to pisze autor felietonu. Mimo takiego właśnie zapisu przed Sejmem RP pojawiła się demonstracja środowiska lekarzy, z liderami izb lekarskich na czele tego tłumu, która zarzucała ówczesnej koalicji SLD-PSL, że proponowana składka jest zbyt niska, że to „ludobójstwo narodu polskiego” i „eutanzja narodu”. Pamiętam do dzisiaj te słowa wypisane na transparentach. Proponowano senatorom zmianę tego zapisu na 11, a nawet 12 proc. Zatem jedyną prawdziwą informacją w felietonie jest data tych wydarzeń, czyli faktycznie był to luty 1997 r.

Kilka miesięcy później, po jesiennych wyborach parlamentarnych, nowy układ rządzący – AWS z ministrem W. Maksymowiczem, wprowadzał w życie tę samą ustawę, ale z obniżoną składką do 7,5 proc. Oznaczało to świadome obniżenie finansowania o 1/4, co przy równoczesnym skokowym dofinansowaniu sektora POZ – musiało doprowadzić szpitalnictwo na skraj upadłości lub do narastających zadłużeń. Nikt nie miał odwagi poprzedniej ustawy anulować i napisać nowej.

Dwadzieścia kolejnych nowelizacji odbywało się już za rządu premiera J. Buzka i autorom oryginalnego tekstu ustawy pozostawała tylko gorzka obserwacja tych chaotycznych działań z ław opozycji. Składka zdrowotna, mimo kilkakrotnych drobnych korekt, do dziś nie została podwyższona do wyjściowych 10 proc. ■

dr n. med. Zbigniew Kulak, senator RP III, IV i V kadencji

W sprawie „Nie świruj...”

Podzielam pogląd kolegi po fachu (specjalizacji), doktora Ryszarda Maciejewskiego („Nie uchodził”, „GL” 11/2019). Polscy obywatele, w tym tzw. elity, np. politycy, są jakby cofnięci w czasie odnośnie rozumienia i traktowania zaburzeń psychicznych. W stosunku do ułomności i chorób fizycznych, somatycznych, widać postęp – jest zrozumienie, współczucie, wspieranie. A z dysfunkcjami i chorobami tkanek struktury kierowniczej organizmu, czyli mózgu, z jego psychiką, jest inaczej. Psychiatria polska ciągle jeszcze, od lat, organizuje we wrześniu akcję „Otwórzcie drzwi” – z apelem do społeczeństwa, aby nie wykluczać osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza chorujących na schizofrenię, z życia społecznego.

Język publiczny raczej już nie szermuje określeniami – aby uwłaczać ludziom – takimi jak kaleka, kuternoga, paralityk, słabeusz lub dziad (o kimś po np. zawale serca), anemik, epileptyk, astmatyk itd. Ale nie żałuje określić typu świr, czubek, debil, idiota, kretyn, psychol... Szczególnym upodobaniem cieszy się „schizofrenia”. Powszechny jest brak rozumienia pojęć „alkoholizm” i „alkoholik”, społeczeństwo lepiej rozumie zagadnienie uzależnienia od internetu.

Reagujemy, proszę, Koleżanki i Koledzy, na to niezrozumienie i uświadamiamy pacjentów, rodziny, znajomych. Moim pacjentom, zaniepokojonym tym, jak inne osoby odbiorą ich konieczność lub potrzebę leczenia psychiatrycznego, tłumaczę, że każdy narząd i tkanka organizmu miewa dysfunkcje, zaburzenia, usterki. Na przykład serce, które jest pompą, nerki będące filtrami itd. A coś dopiero mózg, czyli „komputer” sterujący organizmem i jego funkcjonowaniem w szeroko pojętym otoczeniu, „komputer” z wysublimowanymi i zmieniającymi się „programami”. Aby te wszystkie usterki i zaburzenia usuwać i reperować, czyli leczyć, ludzkość stworzyła medycynę, w której psychiatria zyskuje coraz większe znaczenie. I nikt używający obelg „psychiatrycznych” nie może być pewien, że jego „komputer” zawsze będzie niezawodny. ■

Leon Ferfecki, lekarz specjalista psychiatra

STOMATOLOGIA

Odpowiedzialność za studenta

Cóż, jak mówią, „Uderz w stół, a nożyce się odezwą”. W zawiązku z artykułem „Odpowiedzialność za studenta” i przedstawioną odpowiedzią pana Jarosława Klimka, radcy prawnego OIL Łódź [„Gazeta Lekarska” nr 11/2019], chciałam dodać parę słów w tej sprawie.

TEKST DR HAB. N MED. **HALINA EY-CHMIELEWSKA**, ADIUNKT DS. DYDAKTYKI PRZEDKLINICZNEJ I KLINICZNEJ (OBECNIE STARSZY WYKŁADOWCA), KATEDRA I ZAKŁAD PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ, POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W SZCZECINIE

Podczas procesu dydaktycznego w czasie studiów na kierunku lekarskim student w większości ogląda zabiegi, natomiast na kierunku lekarsko-dentystycznym, pod bezpośrednią kontrolą asystenta, musi zabiegi wykonać. W nowej ustawie o szkolnictwie wyższym zapisano, że absolwent kierunku lekarskiego, aby pracować w określonej dziedzinie, musi się dalej szkolić. Absolwent kierunku lekarsko-dentystycznego po odbyciu rocznego stażu podyplomowego jest traktowany jako specjalista i nie ma obowiązku zdobywania specjalizacji. I jest to istotna różnica, która powinna być uwzględniana w sposobie realizacji kształcenia przeddyplomowego.

UCZ I MARTW SIĘ SAM O BEZPIECZEŃSTWO

Kształcąc studentów na kierunku lekarsko-dentystycznym, trzeba wykonać procedury stomatologiczne zapisane w programach studiów jako tak zwane normy (załącznik 1 i 2 do Rozp. Dz.U. z 2019 r.). Są to zabiegi konieczne do przeprowadzenia procesu dydaktycznego, które muszą być wykonywane w podmiotach klinicznych. Zatem na kierunku lekarsko-dentystycznym, aby można było realizować kształcenie w przedmiotach zawodowych, muszą być spełnione warunki takie jak:

1. W odpowiedni sposób wyposażone pomieszczenia (w postaci warsztatu pracy) w przychodni lub lecznicy akademickiej jako miejsca przyjmowania pacjentów z zatrudnioną wykwalifikowaną kadrą nauczycieli akademickich.
2. Zabezpieczone środki finansowe na realizację świadczeń medycznych koniecznych dla procesu dydaktycznego realizowanego w podmiocie medycznym.

Dlatego nauczyciele akademicy na kierunku lekarsko-dentystycznym, oprócz umowy o pracę w uniwersytecie medycznym, powinni być zatrudnieni także na umowę o pracę w jednostkach klinicznych, a z tym, jak wynika z artykułu i interpretacji prawnej, jest nadal różnie. Dodatkową trudnością w realizacji programów szkolenia jest to, że po wprowadzeniu reformy ochrony zdrowia od 2000 r. kontrakty stomatologiczne są imienne i nie mogą być – zgodnie z prawem – realizowane przez studentów, ponieważ nie mają oni prawa wykonywania zawodu. Poza tym w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych są tylko dwie procedury protetyczne oraz repara-cja protezy i badanie pacjenta, studenci natomiast muszą się nauczyć również innych, które są realizowane tylko ze stuprocentową odpłatnością.

Drugi problem to liczebność grup studenckich na stomatologicznych

5-6 OSÓB

Srednio z tak liczną grupą studentów pracuje asystent, na dwóch lub trzech stanowiskach klinicznych jednocześnie, przyjmując pacjentów.

zajęciach klinicznych. W trakcie jednych ćwiczeń, np. z protetyki, asystent przyjmuje jednocześnie kilku pacjentów, pracując z grupą studentów (przeciętnie 5-6 osób) na dwóch lub trzech stanowiskach klinicznych jednocześnie. To tak, jakby chirurg operował jednocześnie na dwóch lub trzech salach – tu wyrostek, tam kolano, a na trzeciej zmieniał opatrunek. Władze uczelni nie biorą pod uwagę odpowiedzialności asystentów prowadzących takie zajęcia, bo szukając oszczędności, zwiększają grupy studenckie na ćwiczeniach klinicznych. Również sprawa ubezpieczenia asystentów od odpowiedzialności za powikłania w trakcie zabiegów realizowanych w trakcie zajęć z studentami jest zamiatana pod dywan.

JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

W wypowiedziach przedstawicieli samorządu lekarskiego, ale również pracowników reprezentujących władze uczelni medycznych, przewija się wątek o nadmiernym naborze na studia medyczne o kierunku lekarsko-dentystycznym. Sami absolwenci często w prasie lub innych publikatorach formułują zarzuty, że uczelnie słabo przygotowują ich do wykonywania zawodu. Padają również zarzuty ze strony władz uczelni o niedostatecznym lub słabym przygotowaniu studentów kierunku lekarsko-dentystycznego przez asystentów, co odzwierciedla uzyskana punktacja egzaminu LDEK.

W mojej ocenie są dwie przyczyny takiego stanu rzeczy. Jedną to brak środków finansowych na realizację programów i modernizację bazy

szkoleniowej kierunków zawodowych. Druga jest bardziej prozaiczna. Za wynikiem uzyskanym na egzaminie LDEK nie idą żadne profity dla absolwenta, takie jak możliwość wyboru rezydentury i kierunku specjalizacji (w odróżnieniu od kierunku lekarskiego). Natomiast samo zdanie egzaminu LDEK w pierwszym terminie pozwala na szybsze znalezienie dobrego miejsca do odbycia stażu podyplomowego, a tym samym – szybsze rozpoczęcie samodzielnej pracy zawodowej. Uzyskana ocena z egzaminu nie ma znaczenia, bo liczy się czas rozpoczęcia i zakończenia stażu.

CIERNISTA DROGA NAUCZYCIELA CZY KOMERCJA?

I jeszcze jedno. Uczelnia rozlicza nauczycieli akademickich kierunków klinicznych z działalności naukowej, a nie z pracy dydaktycznej czy zarobkowej na rzecz macierzystego zakładu. Do okresowej oceny ważna jest ilość publikacji w wysoko

punktowanych czasopismach, najlepiej z listy filadelfijskiej, oraz wykazanie się udziałem w grantach, odbycie staży zagranicznych itd. Jeżeli w przewidzianym czasie pracownik nie wykaże wymaganej ilości publikacji IF, nie obroni doktoratu lub nie przeprowadzi przewodu habilitacyjnego, to mimo świetnych wyników dydaktycznych lub finansowych na rzecz zakładu, następuje degradacja ze stopnia adiunkta do starszego wykładowcy lub rozwiązanie umowy o pracę.

Obecnie bycie pracownikiem naukowym na wydziałach lekarsko-dentystycznych nie jest żadną nobilitacją i gratyfikacją zawodową, to determinacja do granic masochizmu. W wielu jednostkach klinicznych wręcz wymaga się wykonywania zabiegów odpłatnych na rzecz zakładu, twierdząc, że to asystenci swoją komercyjną pracą mają te zakłady utrzymywać. Wielu dobrze zapowiadających się młodych asystentów zrezygnowało z tej ciernistej drogi na rzecz komercji, coraz częściej

odchodząc od zawodu nauczyciela akademickiego. Pozostają ci najbardziej zdeterminowani i ci, którzy jeszcze wierzą, że może coś zmieni się na lepsze.

Reasumując to moje wystąpienie, aby student kierunku lekarsko-dentystycznego nauczył się procedur z protetyki, ortodoncji, stomatologii zachowawczej, chirurgii stomatologicznej, które są opisane w załącznikach do ustawy, musi je wykonać. Konia z rzędem temu, kto wie, gdzie są przepisy wykonawcze i zabezpieczone środki finansowe na ten cel. Niestety tej prostej zależności nie chcą lub nie potrafią zrozumieć kolejni reformatorzy.

Czy napisałam coś odkrywczego? Nie. 19 lat temu w „Gazecie Lekarskiej” ukazał się artykuł, który dotyczył tego samego tematu (nr 10/2000 „GL”, „Lekarze-nauczyciele akademicy w systemie ochrony zdrowia. Zbędne obciążenie czy lokomotywa?”). Czy coś się zmieniło? Tak. Wtedy byłam dr. n. med. i adiunktem ds. dydaktyki. Teraz jestem dr. hab. n. med. i starszym wykładowcą. ■

CHIRURGIA

Pacjent zawsze pamięta

Z prof. **Markiem Krawczykiem** z Katedry Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przez 18 lat kierownikiem tej jednostki, wybitnym chirurgiem i transplantologiem, rektorem WUM w latach 2008-2016, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Jest pan czwartym Polakiem w historii, który został członkiem honorowym w Towarzystwie Chirurgów Amerykańskich (American College of Surgeons, ACS). To ogromna nobilitacja.

Dla mnie to była wielka radość, ale też satysfakcja, że wśród 12 lekarzy, w tym m.in. z Japonii, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii czy Finlandii, którzy zostali w tym roku członkami honorowymi ACS, znalazł się reprezentant naszego kraju. Jestem członkiem honorowym wielu zagranicznych towarzystw chirurgicznych, m.in. francuskiego, niemieckiego, rumuńskiego czy bułgarskiego, ale tytuł nadany przez American College of Surgeons jest dla mnie najcenniejszy. To najważniejsza na świecie organizacja skupiająca chirurgów.

Wśród 472 członków honorowych Towarzystwa Chirurgów Amerykańskich jest jeszcze trzech naszych rodaków: nieżyjący już wybitni profesorowie Witold Rudowski i Jan Nielubowicz, a także prof. Adam Dziki. Chciałbym, żeby kolejni Polacy powiększali to grono.

GL Dlaczego nasza reprezentacja w ACS jest tak niewielka?

Mamy wielu wybitnych lekarzy, którzy zasługują na to wyróżnienie, myślę, że nawet bardziej niż ja, jak np. prof. Tadeusz Popiela, prof. Marian Zembała czy prof. Tomasz Trojanowski. Nie zapominajmy też o zmarłych już pionierach polskiej transplantologii – np. o profesorach Janie Mollu czy Zbigniewie Relidze. Oni także zasługiwali na upamiętnienie.

Niestety, mamy czasem problem ze skutecznym promowaniem się na arenie międzynarodowej, a bez odpowiedniego rozgłosu dotyczącego naszych osiągnięć, nikt nas nie zauważy. Musimy dać się poznać. Trzeba aktywnie uczestniczyć w spotkaniach i kongresach

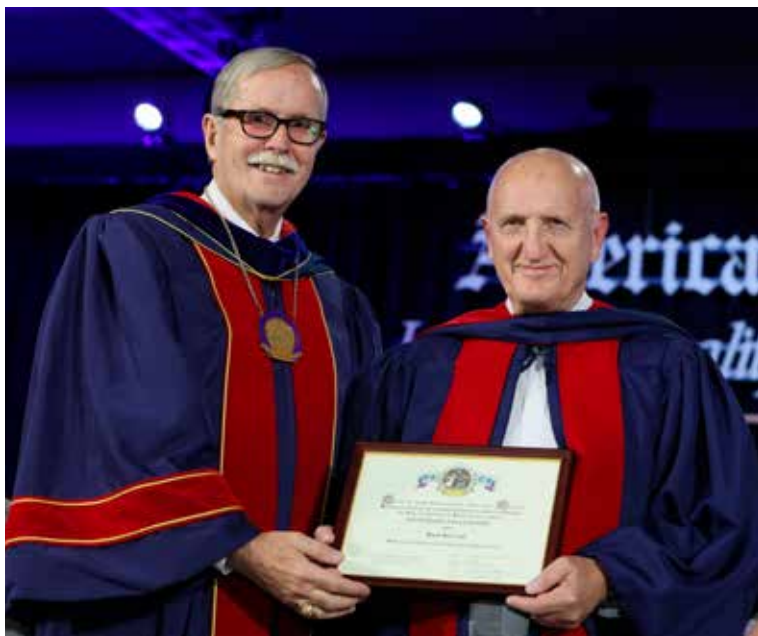
organizowanych na świecie, publikować w najlepszych czasopismach naukowych.

GL To niestety przypadek, z którą mierzymy się od dawna.

To prawda. Prof. Ludwik Rydygier, po raz pierwszy na świecie, a było to w 1881 r., wykonał resekcję żołądka z powodu choroby wrzodowej. W podobnym czasie w Wiedniu taki sam zabieg przeprowadził Theodor Billroth z powodu raka żołądka, ale w światowym piśmiennictwie medycznym zaistniała „resekcja żołądka metodą Billrotha”. Nie umieliśmy, ale też nie mogliśmy w tamtych czasach z racji uwarunkowań historycznych, nagłośnić w świecie tego osiągnięcia. Taki sam los spotkał prof. Antoniego Leśniowskiego, który już w 1904 r. opisał schorzenie zwane wrzodziejącym zapaleniem jelit, ale w literaturze światowej jest ono nazywane chorobą Crohna, od nazwiska Amerykanina Burrilla Crohna, który opisał tę jednostkę chorobową prawie trzy dekady później. Takich przykładów jest więcej.

Mamy wiedzę i doświadczenie, które trzeba promować na świecie. Prof. Tadeusz Popiela utworzył grupę polskich ośrodków badawczych, która miała odpowiedzieć na pytanie, jak poprawić leczenie chorych na raka żołądka. Wyniki badań tych zespołów opublikowano w najlepszych czasopismach naukowych i uzyskały one wiele pochlebnych recenzji oraz nagród. Wielu znakomych polskich chirurgów zdobyło już uznanie na świecie, jak choćby prof. Maria Siemionow, prof. Jerzy Kupiec-Węgliński czy prof. Marek Rudnicki. Prof. Wojciech Rowiński, jeden z pionierów polskiej transplantologii, był prezydentem Europejskiego Towarzystwa Przeszczepiania Narządów (ESOT), prof. Tadeusz Popiela był Prezydentem Międzynarodowego Towarzystwa Raka





Żółdka, z kolei ja byłem prezydentem Europejskiego Towarzystwa Chirurgicznego (ESA). Polska chirurgia nie jest zaściankowa. Niestety wśród wielu specjalistów wciąż pokutuje myślenie: „po co mam promować swojego młodszego kolegę, a samemu być w cieniu?”. To bardzo źle, że mamy w sobie taką cechę. Dlatego często jest tak, że prędzej ktoś z zewnątrz nas zauważy, niż my sami docenimy się we własnym środowisku.

Uroczystość nadania członkostwa honorowego American College of Surgeons (X 2019, San Francisco).
Na zdjęciu: Marek Krawczyk i Ronald V. Maier, prezydent ACS

1 Jaka jest współczesna chirurgia światowa?

W wielu obszarach taka, jak chirurgia polska. Wykonujemy te same operacje, choć przy ograniczonych możliwościach finansowych i w gorzej zorganizowanych ośrodkach medycznych, wolniej wdrażamy nowoczesne techniki zabiegowe. Staramy się jednak nadążyć. Prof. Piotr Kaliciński w 1990 r. jako pierwszy w Polsce dokonał udanego przeszczepienia wątroby, a razem w 1999 r. wdrożyliśmy przeszczepienie fragmentów wątroby od dawcy żywego. Pionierskie, zakończone sukcesem transplantacje tego narządu, miały miejsce na świecie w latach 70. XX w., ale teraz nasze programy transplantacyjne wątroby są na poziomie klasy światowej.

1 Kilka lat temu pojawiły się leki, które bardzo skutecznie leczą wirusowe zapalenie wątroby typu C, spowodowane zakażeniem HCV. Czy wkrótce przeszczepienia wątroby z tych wskazań nie będą konieczne?

Wciąż jest spora grupa pacjentów z marskością wątroby spowodowaną zakażeniem HCV czy wręcz zmagających się z rakiem wątrobowokomórkowym, rozwiniętym na podłożu marskości spowodowanej tym wirusem, którzy wymagają transplantacji. Dzięki dostępnemu leczeniu farmakologicznemu nie ma ryzyka nawrotu zakażenia, ale problem nie zniknął.

Zanim skuteczne leki weszły na rynek, świat transplantologów wątroby zastanawiał się, czy w ogóle warto przeszczepiać wątrobę u osób z WZW typu C, bo po prostu będzie krótkotrwała. Dzięki nowym preparatom

unikamy tej sytuacji, bo one skutecznie eliminują HCV u pacjenta.

1 Jako pierwszy w kraju, bez pomocy zagranicznych kolegów, wykonał pan zabieg cholecystektomii metodą laparoskopową. To było w 1991 r. Przyszłość pokazała, że laparoscopia była przełomem w chirurgii. Czy klasyczna chirurgia będzie w dalszym ciągu kurczyć się na rzecz tej małoinwazyjnej?

Nie możemy traktować tych dwóch metod zabiegowych w kategoriach konkurencji. One ze sobą nie rywalizują, ale się uzupełniają. I choć w wielu obszarach dominuje obecnie wykorzystanie technik małoinwazyjnych, to dopiero upływający czas pokaże, czy tak naprawdę ta nowa metoda jest lepsza od chirurgii klasycznej. Taka jest medycyna.

Chirurgia małoinwazyjna to bardzo często najlepszy wybór dla chorego. Musimy jednak pamiętać i o problemach z nią związanych. Posłużę się przykładem zabiegu wycięcia pęcherzyka żółciowego. Zdarzało się, że operując metodą tradycyjną, chirurg, w sposób niezamierzony, uszkadzał przewód wątrobowy, co skutkowało groźnymi powikłaniami. Te same uszkodzenia dróg żółciowych pojawiły się przy cholecystektomii laparoskopowej. W pierwszych latach stosowania tej metody okazało się, że odsetek uszkodzeń dróg żółciowych w chirurgii laparoskopowej jest większy niż w chirurgii otwartej. Niestety, niektóre ośrodki trochę na siłę chcą każdy, nawet trudny przypadek, operować laparoskopowo.

Musimy pamiętać o ograniczeniach jednej i drugiej metody. I musimy umieć wycofać się w odpowiednim momencie z metody małoinwazyjnej, jeśli nie jest ona najlepszym wyborem dla chorego.

1 Czym jest, dla pana, zawód lekarza?

Nie wyobrażam sobie, abym mógł robić cokolwiek innego. Radość pacjentów, którym uratowałem życie, daje mi ogromną satysfakcję. Wykonywanie tego zawodu to chyba jednak jest misja.

1 Chorzy pamiętają?

Oczywiście że pamiętają, zarówno gdy udaje nam się im pomóc, jak i gdy zdarzy się porażka. Zawsze staram się wykonywać swoją pracę najlepiej, jak potrafię, ale zdaję sobie sprawę, że moje możliwości są ograniczone. Ważna w tym wszystkim jest etyka naszego zawodu. Podam przykład, który może nie jest bardzo częsty, ale możliwy. Wspominałem o pobraniu fragmentów wątroby do przeszczepienia od dawcy żywego. Może się zdarzyć, że jedno z rodziców ciężko chorego dziecka z niewydolnością wątroby błaga mnie o potraktowanie go jako dawcy, tłumacząc, że już nacieszyło się życiem i że chce je ratować, oddając mu część swojej wątroby. Wiem, że muszę odmówić takiej operacji, jeżeli tenże rodzic ma przeciwwskazania do zabiegu. Jako lekarz, muszę umieć powiedzieć nie i wytłumaczyć, dlaczego tak postąpić nie można. ■

INFORMATYZACJA OCHRONY ZDROWIA

E-recepta: jak wystawić

Niby recepta jak recepta – a jednak się różni. O czym trzeba pamiętać, aby pacjent dostał w aptece to, co chciał zlecić lekarz?

TEKST **TOMASZ ZIELIŃSKI**, WICEPREZES POLSKIEJ
IZBY INFORMATYKI MEDYCZNEJ, SPECJALISTA
MEDYCYNY RODZINNEJ

Trwa proces przechodzenia od recept papierowych do elektronicznych. Każda nowość wymaga poznania jej specyfiki i nauczania się, jak należy ją zastosować w praktyce.

W tym tekście nie będę zajmował się tym, czy tempo wdrażania e-recepty jest właściwe ani czy minister zdrowia wykonał wszystko, co powinien, aby uczynić ten proces przyjaznym, bo to temat na oddzielny artykuł. Tu zajmę się praktycznymi wskazówkami, które mają pomóc w przestawieniu się z recepty papierowej na jej e-formę – zgodnie z aktualnym stanem prawnym i rozwojem platformy P1.

TECHNICZNA STRONA MEDALU
E-recepta ma dwie warstwy – elektroniczną, którą rozpoznają systemy komputerowe, oraz wizualną, którą widzi lekarz przy podpisywaniu, a potem farmaceuta na ekranie komputera podczas jej realizacji.

Przekazane dane w warstwie elektronicznej powinny być zgodne z tymi, które widać na ekranie. Niestety zdarza się, że nie są. Tu zwykle winny jest dostawca oprogramowania. Jeżeli z aptek wracają pacjenci lub dzwonią farmaceuci, że masz jakieś błędy w e-receptach, nie denerwuj się, tylko poinformuj

o problemie swojego dostawcę aplikacji do obsługi gabinetu. To bardzo ważne, żeby farmaceuta jednoznacznie wiedział, co chciał wypisać na receptę i czym pacjent ma być leczony.

TERMIN WAŻNOŚCI RECEPTY

Od 7 września zaszły w tym zakresie spore zmiany. Recepty papierowe mają terminy ważności takie, jak dotychczas. Natomiast e-recepty mają wydłużony termin ważności (poza receptami na antybiotyki i leki psychotropowe, które mają takie same terminy ważności, jak przy receptce papierowej). E-recepta może zawierać ilość leku na 360 dni kuracji i ważna jest do 365 dni od wystawienia bądź oznaczonej „daty realizacji od”.

Ale uwaga – to nie oznacza, że każdą e-receptę pacjent zrealizuje w dowolnym czasie w całości. Jeżeli minie więcej niż 30 dni od wystawienia, to farmaceuta, wydając lek, musi sprawdzić, ile leku powinien zgodnie z dawkowaniem pacjent zużyć od wystawienia recepty (lub daty „od dnia”) do dnia realizacji i o tę ilość pomniejszy wydawany lek (z zaokrągleniem w górę do 1 opakowania). To czasem skomplikowane obliczenie, dlatego należy precyzyjnie opisywać dawkowanie na receptce. Zapisanie

WAŻNE

E-recepta nie wymaga pobierania numerów recept z NFZ ani też drukowania bloków recept, ale aby zabezpieczyć się na wypadek awarii systemu czy komputera, warto mieć małą ilość recept papierowych w gabinecie.

dawkowania „wiadomo” albo „dość” spowoduje, że farmaceuta nie będzie mógł prawidłowo wyliczyć ilości leku, jaką pacjent zużywa, i może nie wydać ani jednego opakowania.

Informując pacjenta, ile ma czasu na wykupienie recepty, należy wytłumaczyć, że do 365 dni, bo jeśli wypisano leki na krótszy czas, to realna możliwość wykupienia leków z recepty kończy się wraz z upływem czasu zapisanej terapii.

Od 1 stycznia planowane jest wprowadzenie obowiązku oznaczenia w warstwie elektronicznej recepty, że jest ważna dłużej niż 30 dni.

Po upływie tego czasu farmaceuta, który musi odliczyć ilość tabletek, jakie pacjent zużyłby przez okres, który upłynął, obliczy, że po odjęciu 180 tabletek, jakie pacjent powinien zużyć, od 180 tabletek zapisanych przez lekarza zostaje 0 – czyli pacjent nic nie dostanie. I słusznie, skoro lekarz zapisał lek tylko na 6 miesięcy.

Przykład 1:

Lek 12 op. a 30 tabl.
S. 1x1 tabl.

Taką receptę można zrealizować przez okres 360 dni lub krócej, jeśli pacjent wykupi wcześniej większą ilość.

Przykład 2:

Lek 6 op. a 30 tabl.

S. 1x1 tabl.

Taką receptę można wykupić przez okres maksymalnie 180 dni. Po upływie tego czasu farmaceuta, który musi odliczyć ilość tabletek, jakie pacjent zużyłby przez okres, który upłynął, obliczy, że po odjęciu 180 tabletek, jakie pacjent powinien zużyć, od 180 tabletek zapisanych przez lekarza zostaje 0 – czyli pacjent nic nie dostanie. I słusznie, skoro lekarz zapisał lek tylko na 6 miesięcy.

ILUŚĆ LEKU NA RECEPCIE

Na jednej e-recepcie można zapisać lek na maksimum 360 dni stosowania. Na recepcie papierowej ograniczenie ilości leku na 1 recepcie to nadal 120 dni, a dodatkowo można wypisać do 12 recept papierowych na miesięczne kuracje z „datą realizacji od dnia”. E-recepta może być wystawiona z wykorzystaniem dat kolejnych realizacji recept porcjami – tak, jak przy recepcie papierowej, ale też pojawiła się nowa, elastyczna metoda wystawiania jednej recepty na cały rok terapii. Taka recepta jest odpowiednią alternatywą dla pacjentów, którzy dobrze znają swoją chorobę, wymagają przewlekłego stosowania leków, są stabilni – wtedy dostają jeden PIN czy wydruk informacyjny, i stopniowo zgłaszają się do tej samej apteki po kolejne opakowanie czy opakowania, kiedy kończą się poprzednie.

Przy jednorazowym zakupie apteka na podstawie e-recepty może wydać ilość leku potrzebną do stosowania przez 180 dni.

DAWKOWANIE

Jak już wspominałem, dawkowanie jest bardzo ważne, jeśli chodzi o możliwość skorzystania z rocznej recepty – aby farmaceuta mógł ją stopniowo realizować, zgodnie z tym, co chcemy, żeby pacjent otrzymał. Ale oczywistym jest, że dawkowanie nie jest ustalane przez

lekarza tylko w celu prawidłowego wydania leków z apteki, a po to, aby pacjent lek odpowiednio przyjmował. Oznaczenie na e-recepcie prawidłowego dawkowania jest ważne, gdyż pacjent tę informację otrzyma e-mailem na przesłanej do niego e-recepcie oraz będzie miał dostęp do tych danych w IKP czy w aplikacji mObywatel. Dawkowanie jest też umieszczone na wydruku informacyjnym, który pacjent zabiera ze sobą do domu. Ważne jest też dlatego, że inni lekarze, w tym zwłaszcza lekarz POZ pacjenta, będą mieli wgląd do tych informacji i mogą na tej podstawie podejmować decyzje terapeutyczne.

RÓŻNE OPAKOWANIA

– RÓŻNE KODY

Producenci leków rejestrują wiele opakowań z pozoru niczym się nie różniących w bazie leków. Okazuje się jednak, że mają one różne kody EAN (kody kreskowe), po których są identyfikowane przez systemy apteczne, ale też – co najważniejsze, przez ministra zdrowia przy określaniu listy leków refundowanych. Dlatego, jeżeli wybierzemy lek o takiej samej nazwie, dawce i wielkości opakowania, ale z numerem nieodpowiadającym temu opakowaniu, które jest w obwieszczeniu refundacyjnym, to farmaceuta może wydać taki lek za odpłatnością 100 proc. (nawet jeśli przy nazwie podamy zniżkę). Tu z pomocą powinny przyjść aplikacje do wystawiania recept, które w bazie leków mogą te właściwe, refundowane, oznaczać np. innym kolorem, ale warunkiem jest ich stała aktualizacja.

REFUNDACJA

Niestety wbrew oczekiwaniom środowiska wprowadzenie e-recepty nie przynosi radykalnych zmian w kwestii orzekania o refundacji. Nadal musimy decydować, czy charakterystyka produktu leczniczego oraz określone w obwieszczeniu wskazania



Niestety wbrew oczekiwaniom środowiska wprowadzenie e-recepty nie przynosi radykalnych zmian w kwestii orzekania o refundacji.

refundacyjne pozwalają na zastosowanie u pacjenta zniżki, i określić poziom odpłatności. Pomocne w tej czynności ma być, przygotowane przez CSIOZ, narzędzie gromadzące te dane w jednym miejscu. Ma być zrobiony wyciąg, gwarantowany co do swej aktualności przez państwo, więc w przypadku pomyłki obecnej w tym zestawieniu to nie my poniesiemy odpowiedzialność. Ten mechanizm ma być do końca roku umieszczony w aplikacji na stronie gabinet.gov.pl oraz udostępniony twórcom aplikacji gabinetowych, aby systemy komercyjne też mogły z niego korzystać.

POPRAWIANIE E-RECEPTY

Nic nie da ręczny dopisek na wydruku informacyjnym. Farmaceuta może go nawet nie zobaczyć, bo pacjent może podać tylko PIN recepty, a druku nie pokazać. Wszelkie uzupełnienia i poprawki trzeba wykonać elektronicznie. Poprawki wykonujemy poprzez anulowanie e-recepty i jej ponowne wystawienie.

KAŻDY LEK Z PAKIETU W INNEJ APTECE

Recepta papierowa mogła zawierać do 5 różnych leków. Pacjent musiał szukać apteki, w której będą dostępne wszystkie leki z recepty, bo tylko wtedy mógł je wykupić. W przypadku e-recepty sprawa jest prostsza. Każdy lek jest oddzielną receptą, a to, że na wydruku informacyjnym widzimy

5 leków, oznacza, że jest to pakiet pięciu oddzielnych recept. Dzięki temu każdy lek można kupić w innej aptece.

KAŻDE OPAKOWANIE DANEGO LEKU W JEDNEJ APTECE

Jeżeli pacjentowi wypiszemy więcej niż jedno opakowanie jakiegoś leku na e-receptę, to może je wykupić w różnych terminach, ale w tej samej aptece. Obecnie obowiązuje właśnie takie założenie.

Przykład pakietu:

Lek1
12 op. a 30 tabl.
S.1x1 tabl.
Lek2
12 op. a 28 tabl.
S.1x1 tabl.
Lek3
12 op. a 30 tabl.
S.1x1 tabl.
Lek4
6 op. a 30 tabl.
S.1x1/2 tabl.
Lek5
7 op. a 50 tabl.
S.1x1 tabl.

Pacjent może wykupić leki w maksimum 5 aptekach – w każdej inny z leków. Ale już pojedynczy – np. Lek3, czyli jego 12 opakowań, można wykupywać przez rok, ale zawsze w tej samej aptece.

NAJCZĘSTSZE BŁĘDY

Powtarzalność błędów, o których informują systematycznie farmaceuci, musi wynikać z błędów systemowych. Ich źródłem może być brak jasności przepisów, zbyt szybka zmiana lub błędne działania aplikacji gabinetowych, w których wystawiane są e-recepty. Jak to w życiu bywa, prawda jest pewnie gdzieś pomiędzy, ale są rzeczy, na które warto zwrócić uwagę od samego początku, o czym starałem się napisać w tym artykule. Bo przecież e-recepta ma nam pomagać. ■

Błąd w e-receptce?

W nawiązaniu do telefonicznych wątpliwości czytelników kontaktujących się z naszą redakcją, informujemy, że – zgodnie z informacją podaną przez Ministerstwo Zdrowia – wskazanie przez osobę wystawiającą e-receptę błędnego kodu EAN – przy jednoczesnym prawidłowym oznaczeniu na e-receptę innych elementów, w tym odpłatność, nazwa produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego i wielkość opakowania – nie uniemożliwia realizacji takiej e-recepty zgodnie z takim oznaczeniem. Przykładowo: jeżeli lekarz wskaże na e-receptę prawidłowo odpłatność 30 proc.,

a jednocześnie poda kod EAN dla leku pełnopłatnego, osoba wydająca lek może wydać lek za odpłatnością 30 proc. W sytuacji niezgodności pomiędzy treścią e-recepty a wskazanym przez osobę ją wystawiającą kodem EAN można wydać lek zgodnie z ordynacją wpisaną w części wizualnej e-recepty – o ile oznaczenia w części wizualnej są prawidłowe – niezależnie od tego, co wynika ze wskazanego w części technicznej e-recepty kodu EAN. W takim przypadku, prawidłowego oznaczenia kodu EAN dokonuje w Dokumencie Realizacji Recepty osoba wydająca produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny. ■

8 stycznia tuż-tuż

R esort zdrowia zadeklarował pełną współpracę przy wdrażaniu e-recepty, do wystawiania której lekarze zobowiązani będą już od 8 stycznia. To najważniejszy wniosek ze spotkania Prezydium NRL z podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia Januszem Cieszyńskim, do którego doszło 21 listopada w siedzibie NIL. Udział w nim wzięli również przedstawiciele Federacji Porozumienie Zielonogórskie: prezes Jacek Krajewski i wiceprezes Tomasz Zieliński. Z punktu widzenia lekarzy innym kluczowym ustaleniem jest to, że zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne, wystawienie po 7 stycznia 2020 r. – w przypadku braku dostępu do Systemu Informacji Medycznej – recepty w postaci papierowej jest uprawnieniem osoby wystawiającej receptę, zabezpiecza potrzeby pacjenta i nie jest obciążone ryzykiem sankcji.

Co nie mniej istotne, nie ma powodów, dla których taka recepta mogłaby spotkać się z odmową realizacji. Prezydium NRL nieustannie domaga się stworzenia przez resort warunków do migracji danych. Jest ona konieczna nie tylko dla zachowania prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, ale również stanowi warunek zachowania konkurencyjności na rynku oprogramowania medycznego, co jest korzystne dla lekarzy. Samorząd lekarski zwraca również uwagę na to, że inwestycje w zakup oprogramowania, które są dokonywane przez placówki medyczne, wymagają pewności co do trwałości i bezpieczeństwa gromadzonych danych osobowych i danych o leczeniu. Więcej na ten temat w stanowisku NRL na s. 44. Przydatne wskazówki dotyczące stosowania elektronicznych recept są dostępne na www.gazetalekarska.pl. ■

Sprostowanie

Wiesława Klemens jest nadal redaktorem naczelnym „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego”, wydawanego przez OIL w Gdańsku, a nie – jak napisaliśmy w „GL” nr 11/2019 (s. 14) – pełniła tę funkcję. Przepraszamy.

POLACY NA ARENIE MIĘDZYNARODOWEJ

Na jubileuszu CPME

W 60. rocznicę powstania Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME) w Helsinkach odbyło się spotkanie członków tej organizacji. Polski samorząd lekarski reprezentowali: Wojciech Domka, przewodniczący Komisji Współpracy Zagranicznej NRL, Michał Matuszewski i przewodniczący polskiej delegacji prof. Romuald Krajewski. Dyskusja dotyczyła m.in. tematu „Economy of wellbeing”.



Dyskutowano na temat elektronicznych baz danych chorób i pacjentów, które w obecnym kształcie niosą ze sobą różnego rodzaju zagrożenia.

– Zdrowie powinno być postrzegane w szerokim kontekście społecznym i politycznym, a nie tylko jako wypełnienie dotychczasowej definicji WHO.

Oczywistym jest, że zmniejszanie nierówności jest ważne, ale i trudne, stanowi jednak wyzwanie dla nas wszystkich, również lekarzy. Mówiąc w tym kontekście o wydatkach w sektorze zdrowia, zawsze powinno się je traktować jako inwestycję w zdrowie, co zmienia pogląd na politykę finansową poszczególnych krajów – tłumaczy Wojciech Domka.

Dyskutowano również na temat elektronicznych baz danych chorób i pacjentów, które w obecnym kształcie niosą ze sobą różnego rodzaju zagrożenia. Szczególnie w sytuacjach, kiedy chodzi o leczenie choroby alkoholowej i chorób psychicznych. Bulwersująca sytuacja miała miejsce w Danii, kiedy wyciekły dane o pacjentach, co było szeroko komentowane w mediach.

Kolejna z sesji dotyczyła e-papierosów i ich szkodliwości. Zwrócono uwagę na niepokojące zjawisko sięgania po nie ludzie młodzi, którzy nigdy nie palili, nie mają więc potrzeby zastępowania nimi normalnych papierosów w celu zerwania z nałogiem. CPME podjęło w tej sprawie stanowisko, jest ono dostępne na stronie internetowej Komitetu. ■

O IMI w Kopenhadze

W dniach 21-22 listopada w Kopenhadze w siedzibie Danish Patient Safety Authority odbyło się kolejne spotkanie ENMCA (European Network of Medical Competent Authorities), czyli przedstawicieli instytucji rejestrujących lekarzy i sprawujących pieczę nad wykonywaniem zawodu lekarza w państwach UE oraz EOG.

W obradach uczestniczyli przedstawiciele z 19 państw członkowskich UE, m.in. z Wielkiej Brytanii, Szwecji, Danii, Francji, Holandii, Niemiec, Irlandii, Hiszpanii. Delegat Komisji Europejskiej zwrócił uwagę na obowiązek właściwych organów państw członkowskich Unii (w Polsce

są nimi okręgowe rady lekarskie) w zakresie informowania w trybie ostrzeżenia w Systemie IMI o lekarzu lub lekarzu dentyście, wobec których orzeczono zakaz lub ograniczenie – nawet tymczasowo – prowadzenia działalności. Przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej szczegółowo omówił sposób monitorowania alertów wpływających do tego systemu oraz procedurę ich wysyłania przez organy polskiego samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków. Podczas spotkania przedstawiono także przepisy obowiązujące w wybranych państwach członkowskich regulujące sposób postępowania w przypadku uzyskania wiarygodnej informacji o ukaraniu lekarza poza granicami kraju. (PT) ■

Najczęściej cytowani

Na liście najnowszego rankingu Clarivate Analytics 2019 (dawniej: Thomson Reuters) najczęściej cytowanym polskim naukowcem w dziedzinie medycyny klinicznej jest prof. Michał Tendera z Kliniki Kardiologii i Chorób Strukturalnych Serca Wydziału Nauk Medycznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Oprócz prof. Tendery w zestawieniu znaleźli się także prof. Adam Torbicki z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie oraz prof. Piotr Ponikowski z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Wszyscy są kardiologami. Zainteresowania naukowe prof. Michała Tendery dotyczą przede wszystkim choroby wieńcowej, niewydolności serca, wykorzystania komórek macierzystych w kardiologii, prewencji i terapii miażdżycy. W dorobku naukowym ma ok. 500 publikacji w m.in.: w „The New England Journal of Medicine”, „The Lancet”, „European Heart Journal”, „Journal of the American College of Cardiology”. Jego prace były cytowane ponad 38 tys. razy (według Web of Science), przy indeksie Hirscha 64. ■

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Choroba E66

Z prof. **Magdaleną Olszanecką-Glinianowicz**, prezesem Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL Z nadmierną masą ciała zmagają się już co drugi dorosły Polak i co trzecie dziecko w wieku szkolnym.

Nie zmagają się, tylko chorują na nadwagę lub otyłość. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób otyłość jest chorobą o kodzie E66 i, biorąc pod uwagę częstotliwość jej występowania, najwyższy czas zmienić narrację na ten temat. Jeżeli chorzy, lekarze i politycy nie zaczną postrzegać otyłości jako choroby, nie stworzymy skutecznego systemu jej leczenia. W żadnej innej chorobie lekarz nie mówi pacjentowi: „proszę coś ze sobą zrobić, iść do diety, jeść mniej i więcej się ruszać, nie będzie operacji, jeśli pan nie schudnie”.

“

Po latach bezskutecznych starań o utworzenie specjalizacji z obesitologii i systemu leczenia otyłości, doszłam do wniosku, że zanim „na górze” zrozumieją, że istnieje taka konieczność, trzeba coś w tym zakresie zrobić.

Otyłość jest chorobą nie tylko samą w sobie, ale także przyczyną powikłań metabolicznych: niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, stany przedcukrzycowe i cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca i jej konsekwencje, dna moczanowa, glomerulopatia indukowana otyłością, zaburzenia hormonalne upośledzające płodność, nowotwory. Inne następstwa to zmiany zwyrodnieniowe stawów kolanowych, skokowych, kręgosłupa, refluks i przepuklina rozworu przełykowego, zespół bezdechu sennego, kamica pęcherzyka żółciowego, nietrzymanie moczu, astma, zespół hipowentylacji. Nie można zapomnieć o konsekwencjach psychologicznych, takich jak obniżona samoocena, lęk, depresja.

GL To długa lista groźnych powikłań, gdzie szukać przyczyn otyłości?

Do otyłości zawsze prowadzi dodatni bilans energetyczny, czyli nadmierne spożycie energii w stosunku do jej wydatkowania w postaci aktywności fizycznej.

Jednak przyczyny są różne. Środowiskowe wiążą się ze zmianą nawyków żywieniowych i rodzajem spożywanych pokarmów oraz brakiem ruchu, a także rozładowywanym poprzez jedzenie stresem. U około 2 proc. chorych na otyłość dodatni bilans energetyczny może być wynikiem zaburzeń hormonalnych (zespół Cushinga, uszkodzenia podwzgórza czy długotrwała, nieleczona niedoczynność tarczycy). Także niektóre leki stosowane w chorobach przewlekłych mogą powodować hiperfagię, np. glikokortykosteroidy, neuroleptyki atypowe, pochodne sulfonilomocznika i insulina. Ważną przyczyną nadmiernego spożycia pokarmów są zaburzenia emocjonalne – obniżenie samooceny, nastroju, zaburzenia depresyjne, nieumiejętność adekwatnego zaspokajania potrzeb psychicznych oraz zaburzenia odżywiania (zespół nocnego jedzenia, kompulsywnego jedzenia i uzależnienie od jedzenia).

GL Osoby z tym problemem sięgają po cudowne diety, parafarmaceutyki, zioła.

To dlatego, że chorzy są pozostawieni samym sobie, bo diabetolog leczy cukrzycę, kardiolog – serce, a lekarz rodzinny nie ma czasu, żeby podjąć adekwatne działania. Pacjenci zmagający się z tym problemem stają się podatni na przekaz o cudownych dietach, reklamy suplementów czy działania osób oferujących im szybkie schudnięcie. Ta grupa chorych najczęściej pada ofiarą oszustów i wydaje pieniądze na pseudo-leczenie, które tylko pogarsza ich stan zdrowia. Leczeniem otyłości powinni się zajmować lekarze posiadający odpowiednie kompetencje, we współpracy z dietetykami, psychologami i fizjoterapeutami.

GL Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością prowadzi certyfikację lekarzy i akredytację ośrodków.

To oddolne działanie PTBO. Po latach bezskutecznych starań o utworzenie specjalizacji z obesitologii i systemu leczenia otyłości, doszłam do wniosku, że zanim „na górze” zrozumieją, że istnieje taka konieczność, trzeba coś w tym zakresie zrobić. Pomysł zyskał aprobatę zarządu towarzystwa i przy współpracy profesorów: Lucyny Ostrowskiej, Pawła





Prof. Magdalena Olszanecka-Glinianowicz:
- Ważną przyczyną nadmiernego spożycia pokarmów są zaburzenia emocjonalne.

Bogdańskiego, Mariusza Wyleżoła i Moniki Bąk-Sośnowskiej opracowaliśmy e-learningowy system szkolenia I stopnia, który okazał się rozwojowy i w przyszłym roku wprowadzimy szkolenie II stopnia. Program uznano za najlepszy w Europie w zakresie edukacji lekarzy w leczeniu otyłości – w maju tego roku w imieniu PTBO miałam zaszczyt odebrać w Brukseli nagrodę Europejskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością.

Co daje akredytacja?

Posiadanie akredytacji PTBO gwarantuje, że dany ośrodek jest miejscem, gdzie chory będzie prawidłowo zdiagnozowany i leczony. Na razie posiada ją siedem ośrodków w Polsce. Ich adresy są na stronach internetowych naszego towarzystwa i platformie certyfikacji. Nie ma gwarancji jednak, że chory otrzyma poradę bezpłatnie, ponieważ nie jest to warunek akredytacji.

A co ze specjalizacją w dziedzinie obesitologii?

Toczę na ten temat, niestety nieskuteczne, rozmowy. Zainicjowana przeze mnie dyskusja na forum Prezesów Europejskich Towarzystw Badań nad Otyłością zaowocowała powołaniem specjalizacji z obesitologii na Litwie, w Rumunii, na Węgrzech i w Czechach. W krajach Europy Zachodniej również podejmowane są takie działania. Często słyszę, że w Polsce jest za dużo specjalizacji lekarskich, ale ta jest niezbędna. Przemawiają za tym częstość występowania otyłości, brak skuteczności jej leczenia w obecnym systemie, rosnące koszty powikłań oraz konsekwencje społeczne.

Bo w otyłości leczy się powikłania, a nie przyczyny?

Po raz pierwszy wypowiedziałam te słowa na spotkaniu z senacką Komisją Zdrowia 10 lat temu, powtarzam je przy

każdej okazji i mam nadzieję, że zakorzeniły się w przestrzeni publicznej, bo może to zmieni sposób myślenia o otyłości. System uwzględnia leczenie powikłań tej choroby, refunduje porady np. hipertensjologa, diabetologa czy kardiologa, ale nie obesitologa, bo takiej specjalizacji nie ma. W Polsce jest tylko pięć osób, które posiadają specjalizację europejską z obesitologii. Zamiast systemu, tworzy się substytuty, np. refundację operacji bariatrycznych, ale już nie opieki pooperacyjnej, albo możliwość zatrudniania dietetyka i psychologa przez lekarzy rodzinnych. Stworzenie sprawnego systemu opieki nad chorymi na otyłość z zespołem obejmującym obesitologa, dietetyka, psychologa, fizjoterapeutę oraz chirurga bariatrę pozwoliłoby na znaczne oszczędności, gdyż ograniczyłoby powikłania otyłości oraz niepełnosprawność spowodowaną tą chorobą.

Jaki jest wpływ genów na otyłość i czy jest to zależność częsta?

Kiedy zaczynałam pracę naukową i kliniczną, wyselekcjonowano 40 genów podejrzanych o udział w rozwoju otyłości, dziś jest ich ponad 600. Badania te nie przynoszą jednak klinicznie istotnych rezultatów. W tej chorobie dziedziczy się nawyki żywieniowe i te związane ze sposobem spędzania czasu wolnego, a nie geny. Mówi się również, że otyłość dziecka jest wynikiem dysfunkcyjności rodziny, co jest prawdą, ponieważ to problemy emocjonalne leżą u podłoża rozwoju zaburzeń odżywiania, takich jak zespół kompulsywnego, nocnego czy nałogowego jedzenia.

A farmakoterapia?

Nie ma farmakologicznego leczenia otyłości, ale farmakologiczne wspomaganie, którego celem jest ułatwienie wprowadzenia zmian stylu życia chorego. Obecnie w Polsce dostępne są trzy leki. Pierwszy to Orlistat – znany od 20 lat inhibitor lipaz przewodu pokarmowego adresowany do wąskiej grupy pacjentów preferujących pokarmy tłuste, u których nie występują zaburzenia odżywiania. W 2015 r. EMA zarejestrowała w UE dwa leki. Jeden złożony, zawierający bupropion i naltrekson, drugi to z kolei długodziałający analog receptora GLP-1 liraglutyd. Ten pierwszy dostępny jest w Polsce od 2016 r., z jego stosowania szczególne korzyści odnoszą pacjenci z zaburzeniami odżywiania, ponieważ działa nie tylko na ośrodek sytości w podwzgórzu, ale również na układ nagrody, gdzie powstaje apetyt, czyli jedzenie dla przyjemności, nie dla zaspokojenia głodu. To zachowanie leży u podłoża zaburzeń odżywiania. Lek ten jest rekomendowany także u pacjentów z obniżonym nastrojem i zaburzeniami depresyjnymi. Liraglutyd to lek dla pacjentów z zaburzeniami poposiłkowego odczuwania sytości i zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, u których nie występują zaburzenia odżywiania (wpływa tylko na sytość i głód, ale nie na apetyt). Obecnie w leczeniu otyłości mówi się o politerapii i są pacjenci, u których widzę wskazania do zastosowania kombinacji dostępnych leków, ale barierą są koszty. ■

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Nie do czerwonego

„Nie do czerwonego!” – zatrzymało moją rękę. Zamarłam ze zgrozą, obserwując, jak zmięta przeze mnie kulka papieru, w który wcześniej opakowane były chirurgiczne rękawiczki, pogrąża się w otchłani kosza na śmieci wyścielonego czerwonym, foliowym workiem.



JOANNA SOKOŁOWSKA

pediatra, felietonista

Gdyby tę scenę reżyserowali bracia Wachowscy, wszystko wokół – oprócz nieszczęsnej, prawie jałowej kartki szybującej w kompletnej ciszy – zatrzymałoby się w bezruchu. Ja zaś – negatywny bohater epizodu – w jednej dramatycznej chwili poczułam, jak mój węglowy ślad powiększa się o kolejne gramy cieplarnianego gazu, ulatujące w siną dal umęczonej planety.

Chyba nawet z wrażenia przestałam na moment oddychać. Ale czy w ten oczywisty sposób udało mi się, choć w części, zrekompensować popełniony błąd!? Gdy oddech wrócił, wygrzebałam dowód mojej niefrasobliwości spośród tego, co znajdowało się „w czerwonym”, a następnie szybko umieściłam go tam z powrotem. Jak już dotknął tego, co było

w środku czerwonego worka, to chyba zmienił swój status – kombinowałam, obserwowana przez nieco rozbawioną pielęgniarkę. „O tempora! O sacculi!” – strawestowałam więc sobie ku pokrzepieniu i wróciłam do pokoju lekarskiego z silnym postanowieniem ugruntowania swojej wiedzy z zakresu segregacji odpadów. Już po kilku chwilach kwestia celowania do żółtych, czerwonych i czarnych szpitalnych worków wydawała mi się banalnie prosta, a ważki dla praktykującego neonatologa problem miejsca wiecznego odpoczynku jednorazowych pieluch postanowiłam, wzorem Katie Scarlett O’Hary-Hamilton-Kennedy-Butler, odłożyć na następny dzień.

Powrót do domu nie przyniósł ukojenia mojemu grzesznemu ekologicznie sumieniu. Sprzed pobliskiego osiedlowego śmietnika, zwanego

eufemistycznie „altaną”, typały na mnie bowiem pojemniki – białe, żółte, czarne i niebieskie. Dostępu do nich strzegły tak zwane „duże gabaryty”, zostawione przez bliższych i dalszych sąsiadów, w postaci malowniczej barykady. Trochę na uboczu stał jeszcze jeden kontener, jak skazaniec obwiązany za pięty na kłódkę łańcuchem, a tuż przy „aresztancie”, jakby nieśmiało, przycupnął najmniejszy, z wszystko tłumaczącym napisem „Bio”. Przepraszam, mały – pokajałam się od razu – moje „bio” trafiają nie tam, gdzie trzeba...

Co do przeznaczenia pozostałych pojemników, postanowiłam prześledzić tak zwane źródła.

Niebieski – prościzna! Jak wie każde dziecko, służy do segregacji papieru. Od lat wrzucamy do niego gazety lub czasopisma i wszystko, co uznajemy za zrobione z celulozy. Wydawało się, że lata dzieciństwa, spędzone na zbiórkach makulatury, którą można było wymienić na dobra doczesne w postaci papieru toaletowego lub tanich wydań literatury pięknej, dały nam pełną orientację w temacie. Otóż nie do końca! Zgłębiając informacje umieszczone na stronach zakładu komunalnego odkryłam, że papierowe faktury,



W poczuciu dobrze spełnionego obowiązku, postanowiłam napić się kawy. Przy okazji robiłam sobie wewnętrzny egzamin z recyklingu. Opakowanie po kawie?

“

**Do białego kontenera ma trafić szkło
– białe i barwione. I nie potłuczone.
Umyte i wysuszone. I bez nakrętek.
Ale – uwaga! – nie wszędzie.**

rachunki i wydruki na papierze faksowym, de facto papierem nie są. Muszą trafić, zresztą razem z elementami „barykady”, do pojemnika w kolorze czarnym, przeznaczonego na tak zwane odpady zmieszane. Ponieważ jednak wciśnięcie starej kanapy nawet do największych rozmiarów kontenera wydaje się dość trudne, okazuje się, że kategoria „dużych gabarytów” ma swoje podkategorie, które należy intuicyjnie rozróżnić.

Do białego kontenera ma trafić szkło – białe i barwione. I nie potłuczone. Umyte i wysuszone. I bez nakrętek. Ale – uwaga! – nie wszędzie. Są miejsca na śmieciowej mapie Polski, gdzie szkło białe trafia do pojemników białych, a barwione – do niebiałych. I jeszcze jedna uwaga – potłuczona zastawa stołowa – ani ze szkła białego, ani barwionego – nie jest szkłem i musi podzielić los faksów i kanap. Jakże symboliczna wydaje się tu barwa czarnej otchłani kontenera...

Żółty pojemnik, przeznaczony na tworzywa sztuczne i metale, pochłonie podobno wszystko, co sztuczne i metalowe. Lista wykluczeń jest tu jednak na tyle długa i zawiła, że w moim odczuciu poza odartymi z etykiet, pustymi, udeptanymi pojemnikami i butelkami PET, które nie miały żadnego kontaktu z tłuszczem, lepiej tam niczego nie wrzucać.

Ustaliłam też, że zawinięty łańcuchem, jak Houdini, pojemnik służy do segregowania puszek i metali lekkich.

Dlaczego puszki aresztowano, czy może przed kim są tak pilnie strzeżone – doprawdy, nie rozumiem.

W poczuciu dobrze spełnionego obowiązku, postanowiłam napić się kawy. Przy okazji zrobiłam sobie wewnętrzny egzamin z recyklingu. Opakowanie po kawie? Tekturowe, nielaminowane – do niebieskiego. Fusy – do „bio”. Karton po mleku? Plastikową zakrętkę wrzuciłam pewnym ruchem do plastików. Reszta? Pudełko z papieru, ale w środku jakby trochę aluminiowe i do tego tłuste. To do żółtego? Czy w czarną otchłań?

O jakże proste wydały mi się czasy, gdy do sklepu po śmietanę szło się z własną butelką zamykaną na sprytny żółty kapslesek wielorazowego użytku, a drogę ze sklepu warzywnego do domu znaczyła ścieżka wonnego śladu soku z kiszzonej kapusty, który błyskawicznie przesiąkał przez papierową torebkę. Z rozrzewnieniem wspominam torby na zakupy rozciągające się jak prawdziwa rybacka sieć. Wracają do łask...

A w szpitalu? Do wielorazowej bielizny operacyjnej, szklanych opakowań na leki, strzykawek i igieł wielorazowego użytku powrotu nie ma. Tym bardziej więc pilnujemy, by ich współcześnie następcy trafiali tam, gdzie w najmniejszym stopniu zanieczyszczą środowisko – jeśli trzeba, do czerwonego worka, a jeśli można – do takiego, który pozwoli na ich przetwarzanie. ■

HIPNOTERAPIA KLINICZNA

Aktywując siłę świadomości

Z **Claude'em Virotem**, lekarzem psychiatrą, dyrektorem Emergences – Instytutu ds. badań i szkoleń w komunikacji terapeutycznej we Francji, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

Claude Viroc:
– Hipnoza sięga do zasobów życia, to proces, który szanuje złożoność bytu ludzkiego.



GL Jakie miejsce zajmuje hipnoza jako metoda terapeutyczna?

Chociaż kryje w sobie ogromny potencjał, wciąż ma znaczenie marginalne. Kiedy zaczynałem praktykę lekarską w psychiatrii, uczono mnie, że podstawą terapii w różnego rodzaju chorobach są leki. Dostrzegłem, że stosując ten środek, np. antydepresanty w leczeniu depresji, napotykamy na ograniczenia. Nabierałem przekonania, że problemy moich pacjentów są bardziej złożone niż definiuje je medycyna i podejście farmakologiczne nie wystarcza. Pomyślałem więc o psychoterapii, ale we Francji w tamtym czasie – a były to lata 80. XX w. – jedyną jej formą była psychoanaliza, a ponieważ to proces długotrwały, straciłem zainteresowanie tą metodą. Znalazłem się pomiędzy lekami i psychoanalizą, a w środku nie było nic. Przeczytałem wtedy kilka naukowych artykułów o Miltonie Ericksonie i kiedy w Paryżu otworzył się instytut jego

imienia, zapisałem się na szkolenia i od 33 lat regularnie w nich uczestniczę. W Rennes w Bretanii sam założyłem Instytut Ericksonowski, zajmujący się leczeniem hipnozą i kształceniem lekarzy, którzy chcą się tą metodą posługiwać.

GL W jakich sytuacjach lekarz może ją stosować?

Takich sytuacji jest wiele, ale najczęściej w leczeniu depresji oraz zespołów bólowych. Obecnie skupiamy się na leczeniu objawowym, a każda choroba ma swoją przyczynę i dotarcie do niej daje możliwość uporania się z problemem. Hipnoza sięga do zasobów życia, to proces, który szanuje złożoność bytu ludzkiego. I to skutkuje. Dobrze jest widzieć kogoś, kto ma jakiś problem, odczuwa lęk, smutek, ból, kiedy po dwóch trzech sesjach hipnoterapii klinicznej uśmiecha się, zaczyna być szczęśliwym, wracać do życia. Ale u wielu lekarzy pojawia się opór, ponieważ nie zawsze dokładnie wiadomo, dlaczego tak się dzieje. Postrzegają hipnozę jako zjawisko dziwne, tajemnicze, niewytłumaczalne. Ale przecież życie jest dziwne – miłość jest dziwna, świadomość także, jednak trudno zaprzeczyć, że te zjawiska istnieją.

GL Ten opór nie jest bezpodstawny, w przeszłości hipnoza okryta się złą sławą.

Ważne jest, abyśmy odróżnili hipnozę stosowaną dziś od tej w przeszłości, która była techniką narzucającą się, autorytarną i widowiskową, postrzeganą jak coś na kształt szarlatanerii. Hipnotyzer usypiał pacjenta i poddawał swojej woli. Za sprawą wybitnego amerykańskiego psychiatry Milтона Ericksona zaszła wielka zmiana, zarówno w technikach stosowania hipnozy, jak i jej pojmowania jako metody terapeutycznej. Ważne w tym procesie jest np. oddychanie, wraz z którym energia wchodzi w głąb ciała i następuje rozluźnienie,

co ułatwia wejście w stan hipnotyczny. We Francji szkoli się lekarzy w różnych dziedzinach, np. w leczeniu bólu, ale nie ma szkoleń dla psychiatrów w leczeniu hipnozą. W przyszłym roku planowany jest w Paryżu kongres, którego uczestnikami będą wyłącznie psychiatry, aby mogli dowiedzieć się, jak cenną metodą leczenia jest hipnoza.

📌 Czy nauka to potwierdza?

Od 20 lat prowadzi się intensywne badania nad hipnozą. Skanując mózg pacjentów poddawanych hipnozie przy pomocy coraz to doskonalszych technik obrazowych, uzyskano dowody, że w stanie hipnotycznym narząd ten działa zupełnie inaczej niż np. podczas zwyczajnej rozmowy czy w innych codziennych sytuacjach. Są dwa typy świadomości – pierwsza pozwala na normalną komunikację, druga pojawia się, kiedy uruchamiana jest wyobraźnia, kiedy o czymś śnimy, wybieramy się w podróż do przyszłości. I właśnie ten drugi typ świadomości aktywizuje się w czasie hipnozy, pozwalając dotrzeć do głębiej ukrytych emocji i doświadczeń.

📌 W leczeniu jakich chorób najlepiej sprawdza się ta metoda?

Z punktu widzenia psychiatrii hipnoza może pomóc każdemu, kto nie jest w stanie wykorzystać pełnego potencjału swojego życia, np. z powodu depresji, lęków, fobii, bólu, patologicznej żałoby, zaburzeń snu, łaknienia. Najtrudniej jest, kiedy pacjent trafiający na terapię ma zaburzoną świadomość, gdyż jest już leczony dużą ilością leków lub znajduje się w stanie psychotycznym. Hipnoterapia kliniczna to obecnie praca ze świadomością, bez korzystania z leków. Jej przyszłością będzie

stworzenie komplementarnej metody terapeutycznej, która łączyłaby jedno i drugie. Medycyna przyszłości będzie oparta na wykorzystywaniu nowych technologii połączonych z aspektami humanizmu i hipnoza doskonale się w to wpisuje.

📌 Jakie trzeba mieć umiejętności, aby zajmować się hipnozą i kto je weryfikuje?

Są szkolenia dla lekarzy, ale obecnie nie ma czegoś takiego jak wymagane uprawnienia do stosowania tej metody terapeutycznej. W kwestii standardów międzynarodowych od lat działa International Society of Hypnosis (ISH), zrzeszające specjalistów stosujących hipnozę w różnych gałęziach medycyny – psychiatrii, anestezjologii, stomatologii. Zasadą jest, że można stosować hipnozę tylko tam, gdzie jest bazowe doświadczenie w pracy z pacjentami.

📌 Czy ta metoda może być niebezpieczna?

Jest narzędziem, które nieumiejętnie stosowane, może być niebezpieczne, dlatego we Francji w tym kierunku szkoli się tylko lekarzy. Posługiwanie hipnozą uczy się wprawdzie pielęgniarki i położne, ale tylko na użytek wykonywanego przez nie zawodu. Podobnie jest ze stomatologami. Chciałbym, aby lekarze różnych specjalności poznali absolutne minimum, jeśli chodzi o hipnozę, aby stanowiła jakąś część programów studiów lekarskich, aby było oczywiste, że można leczyć pacjenta za pomocą tej metody, aktywując siłę świadomości. Jest ogromne zapotrzebowanie na tego rodzaju terapię jako alternatywę leczenia farmaceutykami – szczególnie w Niemczech, we Francji, Wielkiej Brytanii i krajach azjatyckich, głównie Chinach. ■

KOMENTARZ



**DR N. MED. MICHAŁ
MIELIMAKA**

przewodniczący Komisji
ds. Hipnozy Klinicznej
Polskiego Towarzystwa
Psychiatrycznego

Komisja ds. Hipnozy Klinicznej PTP opracowała wytyczne dotyczące wymagań merytorycznych i etycznych w posługiwaniu się techniką hipnozy w leczeniu zaburzeń zdrowia. Zgodnie z nimi, sięgający po to narzędzie terapeutyczne powinni posiadać odpowiednie przygotowanie teoretyczne i praktyczne. Zaleca się, aby sugestie terapeutyczne przekazywane w czasie hipnozy obejmowały wyłącznie obszar zaburzeń zgodny z wykształceniem specjalistycznym. Zabiegi hipnozy powinny być wykonywane wyłącznie przez osoby legitymujące się rozległą, potwierdzoną stosownym wykształceniem wiedzą w zakresie etiopatogenezy, przebiegu i leczenia zaburzeń będących wskazaniem do hipnoterapii, w szczególności przez lekarzy specjalistów oraz lekarzy dentystów,

psychologów klinicznych, psychoterapeutów certyfikowanych w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym lub Polskim Towarzystwie Psychologicznym (pełny tekst rekomendacji opublikowany na stronie PTP). Techniczne umiejętności posługiwania się hipnozą w leczeniu zaburzeń zdrowia powinno się nabywać na specjalistycznych kursach, szkoleniach rekomendowanych przez towarzystwo. W Polsce brak regulacji prawnych dotyczących posługiwania się hipnozą, dlatego często technikę tę wykorzystują osoby nieposiadające wymaganej wiedzy i umiejętności klinicznych. Takie praktyki narażają pacjentów m.in. na zaniechanie właściwej diagnostyki, nieodpowiednie leczenie, a także negatywne skutki złe dobranych sugestii, co powoduje np. obniżenie skuteczności leczenia standardowego czy nasilenie działań niepożądanych. Hipnoza jest cennym uzupełnieniem technik terapeutycznych stosowanych przez psychiatrów oraz innych specjalistów. Pozwala m.in. zmniejszyć nasilenie i dokuczliwość objawów choroby podstawowej, zredukować skutki niepożądane leczenia standardowego, złagodzić ból i niepokój towarzyszący niektórym procedurom medycznym oraz poprawić współpracę chorego z lekarzem. Zawsze jednak winna być przeprowadzana wyłącznie w ramach opracowanego zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej postępowania leczniczego, po dokonaniu wyczerpującej diagnostyki i wdrożeniu odpowiedniego leczenia oraz w porozumieniu z lekarzem prowadzącym leczenie zasadnicze lub psychoterapeutą prowadzącym psychoterapię pacjenta. ■

W PIGUŁCE

LED skracca życie?

C harakterystyczne dla barwy niebieskiej długości fal przyspieszają procesy starzenia się, uszkadzają oczy oraz niszczą komórki nerwowe.

“

Naukowcy apelują o ograniczanie czasu spędzanego przed komputerem i smartfonem.



To, że niebieskie światło z ekranów smartfonów, tabletów i laptopów, a także będące składową sztucznego oświetlenia utrudnia zasypianie i może zaburzać rytm okołodobowy,

już wiemy. Niedawno naukowcy z Uniwersytetu Stanu Oregon (USA) wykazali, że zagrożenie jest poważniejsze. Wyniki badania opublikowano na łamach „Aging and Mechanisms of Disease”. Specjaliści, a wśród nich prof. Jaga Giebułtowicz, która swoją karierę rozpoczynała na Uniwersytecie Warszawskim, wystawiali muszki owocowe (*Drosophila melanogaster*) na działanie niebieskiego światła LED. W ciągu doby owady spędzały 12 godzin w świetle i kolejne 12 – w ciemności. Muszki mające przedłużony kontakt z niebieską frakcją światła żyły znacznie krócej od tych, które trzymane w ciemności lub zabezpieczono przed falami o takiej długości. U owadów zaobserwowano uszkodzenia w obrębie siatkówki oka i komórek nerwowych oraz upośledzenie lokomocji (traciły zdolność wspinania się po ścianach). – Fakt, że światło przyspieszało starzenie się muszek, na początku bardzo nas zaskoczył – mówi prof. Giebułtowicz, dodając, że jeśli tylko mogły, owady unikały niebieskiego światła. – Ludzkie życie w ciągu ostatniego stulecia znacznie się wydłużyło. W tym samym okresie zaczęliśmy spędzać coraz więcej czasu przy sztucznym oświetleniu – zwraca uwagę badaczka. Coraz częściej naukowcy apelują o ograniczanie czasu spędzanego przed komputerem i smartfonem oraz namawiają do stosowania filtrów światła niebieskiego. ■

Jednoczasowy przeszczep



Z a nami pierwsze w Polsce jednoczesne przeszczepienie wątroby i obu płuc.

Do tej pory na świecie wykonano ok. 80 takich zabiegów.

11 września 14-godzinny zabieg z sukcesem przeprowadzili lekarze z SCCS w Zabrze i SPSK im. A. Mielęckiego w Katowicach. Pacjentem był 21-latek z Katowic, chorujący na mukowiscydozę, która doprowadziła do nieodwracalnego uszkodzenia płuc i ciężkich zaburzeń metabolicznych. Wielonarządowy przeszczep

był dla niego jedyną szansą na życie.

– Biorąc pod uwagę przebycie tak ogromnej operacji i jego wcześniejszy stan wyniszczenia, to obecnie jego stan jest doskonały – ocenił dr hab. Robert Król w czasie konferencji w SCCS, która odbyła się miesiąc po skomplikowanej operacji. Jak podkreślił dr hab. Marek Ochman, u chorych na mukowiscydozę przeszczepienie jest najskuteczniejszą metodą leczenia, dającą możliwość wieloletniego przeżycia. Rocznie w Polsce transplantacji płuc potrzebuje ok. 20 pacjentów. ■

Nowa choroba?

E- papierosy mogą być przyczyną nieznaną dotychczas choroby płuc.

W ubiegłym roku lekarzy z USA zaniepokoiły liczne przypadki niewydolności oddechowej o niewyjaśnionej etiologii, zaobserwowane u młodych, wcześniej zdrowych osób. Przy zbieraniu wywiadu lekarskiego często okazywało się, że wcześniej używały one e-papierosów. Badacze ze stanów Wisconsin i Illinois wybrali spośród nich grupę 53 pacjentów i przeanalizowali dane dotyczące ich hospitalizacji. Prawie wszyscy (98 proc.) zgłosili się do szpitala z dokuczliwymi objawami ze strony układu oddechowego (uczucie duszności u 87 proc., kaszel u 83 proc., ból w klatce piersiowej u 55 proc., krwiotłucie u 11 proc.). Podawali również objawy ze strony przewodu pokarmowego i objawy ogólne. Choć autorzy badania opublikowanego w „NEJM” przyznają, że potrzebne są dalsze obserwacje i analizy, wiążą te przypadki ze stosowaniem e-papierosów. W przebadanej grupie każda osoba w ciągu 3 miesięcy przed pojawieniem się niepokojących objawów korzystała z tych urządzeń. ■



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Na marginesie „paragonu hańby”

Posel Borys Budka pokazał w kampanii wyborczej dowód zakupu leku przeciwwirusowego, stosowanego m.in. po przeszczepieniach u dzieci. Cena, jaka na nim widniała, to 2082 zł, czyli niewiele mniej niż mediana miesięcznych zarobków netto w Polsce.

Wysoka kwota, równie wysoka świadomość prawa do darmowej opieki zdrowotnej i chore dziecko w tle musiały doprowadzić do medialnego wrzenia. Polityk PO nie mógł tego nie wiedzieć, decydując się na upublicznienie paragonu, umieszczonego na fejsbukowym profilu matki dziecka.

Wywiązała się ostra wymiana zdań między zwolennikami posta opozycji twierdzącego, że ponad dwa tysiące złotych za lek „dla dziecka po przeszczepie” to hańba dla rządu oraz stronników ministra Szumowskiego, który szybko skontrował, że preparat jest objęty refundacją i kosztuje gorzej. Zapadło korzystne dla posła Budki rozstrzygnięcie sądu, który potwierdził autentyczność opisanej na paragonie transakcji, odbyły się wybory i o problemie zapomniano. A szkoda!

Według GUS wydatki na leki zalecone przez lekarza stanowią pozycję numer jeden w ponoszonych z prywatnej kieszeni kosztach opieki zdrowotnej, dwukrotnie przewyższając opłaty za leczenie stomatologiczne i prawie trzykrotnie – za wizyty u specjalistów. Trzeba przy tym pamiętać o nierealizowanych receptach i preparatach, które mimo mocnych wskazań, są rzadko wypisywane, bo pacjent od razu deklaruje, że leku nie wykupi. W przypadku „paragonu hańby” rodzice

czteroletniego dziecka, które w 2015 r. przeszło przeszczepienie wątroby, zdecydowali się ponosić wysokie koszty terapii przepiszanym od 2018 r. lekiem, który jest refundowany w ściśle określonym czasie po transplantacji.

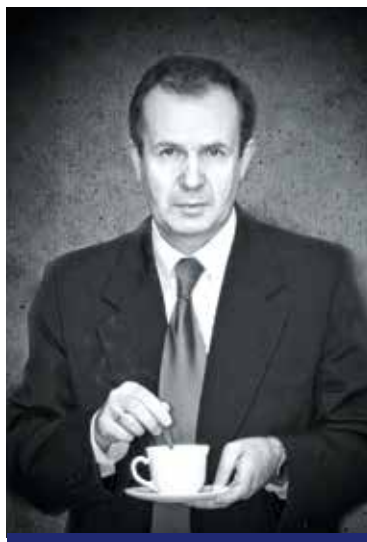
To jedna z wielu tego typu sytuacji, bo cudów nie ma – przy żalonym finansowaniu całego systemu z refundacją leków nie może być inaczej. Problem nie pojawił się oczywiście za czasów tzw. dobrej zmiany, a politycy, wyjątkowo pod tym względem zgodni, zamiast o konieczności oszczędzania na lekach, mówią o kierowaniu się naszym dobrem. Tak było z Ewą Kopacz, która będąc ministrem zdrowia, zdecydowała o niekupowaniu podczas pandemii tzw. świńskiej grypy rzekomo niebezpiecznych dla zdrowia aktualnych szczepionek, co przy jednoczesnym ograniczonym dostępie do leków przeciwwirusowych, bardzo skutecznych akurat w tej odmianie grypy, być może było aktem odwagi, ale na pewno nie rozważi obecnej europosłanki.

Jako diabetolog dobrze pamiętam, jak w czasie rządów PO jeden z wiceministrów zdrowia tłumaczył podczas transmitowanej przez telewizję konferencji prasowej brak wcześniej zapowiadanej refundacji długodziałających analogów insuliny powodowaniem przez nie nowotworów, choć podstawy do takiego założenia były bardzo słabe. Diabetologia to dziedzina dobrze pokazująca, na jakim poziomie refunduje się u nas nowoczesną farmakoterapię. Niby nikt z polityków nie kwestionuje społecznego charakteru cukrzycy ani znaczenia zapobiegania groźnym powikłaniom tej choroby. Niby, bo na decyzje refundacyjne dotyczące leków o udowodnionej skuteczności, także w zakresie zapobiegania rujnącym zdrowie odległym skutkom cukrzycy, to się nie przekłada. Wspomniane długodziałające analogi insuliny trafiły na listę refundacyjną niedługo po wspomnianej konferencji prasowej, lecz kryteria ulgowej odpłatności są trudne do spełnienia w przypadku chorych na cukrzycę typu 2, czyli zdecydowanie najczęstszą postać choroby. Podobnie rzecz ma się z flozynami, które okazały się wyjątkowo efektywne w redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego.

Zasady refundacji leków to część koszyka świadczeń gwarantowanych. Koszyka, który jest adekwatny do nakładów na ochronę zdrowia, a nie deklaracji będących akurat u władzy polityków. ■

“

Politycy, zamiast o konieczności oszczędzania na nowoczesnych i skutecznych lekach, mówią o kierowaniu się naszym dobrem.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (94)

Stańczyk

Kończy się jubileuszowy cykl, chociaż dalsze uroczystości okręgowe odbędą się jeszcze w wielu izbach, zwłaszcza małych, których działalność rozpoczęła się z początkiem 1990 r.

Moje zawodowe życie jest równolatką odrodzonych izb lekarskich w Polsce. W 1989 r. zacząłem studia i dlatego pozwoliłem sobie na napisanie z tej okazji trzydziestu tekstów o malarstwie i medycynie (patrz str. 70), ukazując subiektywny „Krajobraz z miłosierdnym Samarytaninem”. I tak powstał pejzaż na wskroś współczesny, mimo złotych ram i starych płócien wybranych z muzealnych zbiorów sztuki. Epikryzą całości niech będzie dzieło Jana Matejki, z królewskim błaznem Jagiellonów i refleksją łączącą przeszłość i przyszłość.

Stańczyk znany był z ciętego języka i szczerego wyrażania opinii o stanie Rzeczypospolitej. Stąd wydaje się doskonałym pierwowzorem zachowań lekarskich. Wszyscy poniekąd jesteśmy Stańczykami, recenzującymi co dnia kolejne zmiany w ochronie zdrowia, życiu publicznym i samorządowym. Oczywiście są także różnice. Wolimy sterylną biel od krwiistej czerwieni, ale przede wszystkim mamy niejednolite, choć prawie zawsze krytyczne zdanie na każdy temat. Tytuł, ilu nas jest: lekarzy i lekarzy, dentystów, tyle opinii, subtelnych lub radykalnych. Ponadindywidualizm – wpisany w wykonywanie wolnych zawodów – wyrasta jednak nasza lojalność wobec ustalonego porządku

prawnego. Wbrew tej zasadzie, nie raz, nie dwa musieliśmy się przeciwstawić nakazom władzy. Decyzjom niesubordynacji najczęściej przyświecało poczucie wyższej wartości, jaką niezmiennie było, jest i będzie dobro pacjenta. Czy w takim razie lekarze odgrywają społeczną rolę poważnego i zatroskanego o los chorych Stańczyka? A może traktuje się nas jak wynajętego królewskiego błazna, który ma cyklicznie i z uśmiechem udowodnić cuda sanacyjne w ochronie zdrowia?

Matejko sięgał po postać Stańczyka wielokrotnie. Po raz pierwszy w czasie nauki w Szkole Rysunku i Malarstwa, kiedy namalował „Stańczyka udającego ból zębów”. Spacer po Rynku Głównym miał dowiedzieć, że wśród ludzi najwięcej jest takich, którzy znają się na leczeniu. W kolejnych latach, już jako dojrzały twórca, mistrz Jan powracał do błazeńskiego autoportretu, malując „Hołd Pruski” i „Zawieszenie dzwoonu Zygmunta na wieży katedry w roku 1521 w Krakowie”. W moich prywatnych zbiorach znajduje się miniaturowa replika „Stańczyka w czasie balu na dworze królowej Bony wobec straconego Smoleńska” подарowana przez prof. Andrzeja Matyję na pożegnalnym Konwencie Prezesów poprzedniej kadencji. Na scenie Teatru Stu wszyscy staliśmy z obramowanymi Stańczykami w dłoniach, pozując do zdjęcia z przesłaniem zwielokrotnionej zadumy nad przyszłością. Na biurkach pozostawialiśmy swoim następcom listy postulatów zawodowych kolejnego lekarskiego pokolenia.

Obraz z 1862 r. zapoczątkował Matejkowski cykl rozliczenia narodu z błędów i zaniedbań, które w konsekwencji doprowadziły do rozbiorów Polski. Mój wybór odwraca kolejność. Za kotarą trwa uroczysty bal. Rocznica restytucji samorządu lekarskiego dobiega końca. W gwarze wspomnień, laudacji i gratulacji, gloryfikowania zwycięstw i przemilczania porażek, z trudem znajdujemy czas na krytyczną refleksję o dorobku renesansu izb lekarskich w wolnej Polsce. Może właśnie tak powinno być i trzeba, nie patrząc w tył, iść drogą do wyznaczonych celów, analizę historii pozostawiając malarzom? ■



Stańczyk, 1862, Jan Matejko, Muzeum Narodowe w Warszawie

“

Wszyscy poniekąd jesteśmy Stańczykami, recenzującymi co dnia kolejne zmiany w ochronie zdrowia, życiu publicznym i samorządowym.

AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Co mocz to prorok

Cienka, niebieska linia to jedna z najistotniejszych cezur we współczesnym cyklu życiowym. Oddziela czasy nieprzespanych nocy spędzonych na imprezach od tych nieprzespanych nad łóżkiem płaczącego małego człowieka, którego przybycie obwieszcza. Test ciążowy w większości przypadków odbywa się dziś w zaciszu własnej łazienki. W wieku XVIII była to robota tak zwanego proroka od moczu.



Obraz: Lekarz egzaminujący mocz ciężarnej kobiety, przypisywany malarzowi niderlandzkiemu, XVIII w., kolekcja Wellcome Trust, na licencji CC BY

Sztuka odczytywania stanu zdrowia na podstawie moczu, czyli tak zwana uroskopia, to profesja znana od starożytności, wspominał o niej już Hipokrates, jednak jej szczególnie rozkwit przypada na czasy średniowieczne. Prorocy od moczu biegli byli w diagnozowaniu schorzeń czy stanów błogosławionych u pacjentów tak na podstawie koloru, jak i smaku badanej uryny. Pomagało ponoć również wstrząśnięcie, a obecność i rodzaj burzyn był dodatkową wskazówką w stawianiu diagnozy.

Nieznany holenderski malarz pokazuje XVIII-wiecznego medyka/proroka, dokonującego takiego właśnie badania moczu, najprawdopodobniej w domu pacjentki. Jeśli przyrzeć się scenie dokładniej, ujawnia się wewnętrzna, niespodziewana dość dynamika tego trio.

Na prawo od dziewczyny medyk, zajęty oglądaniem flaszki z moczem, skupia na niej wzrok. Drugą rękę przeplótł jednak przez ramię kobiety, którą przyszło mu diagnozować. Ta młoda dziewczyna, o jasnych włosach i lekko zaróżowionych policzkach, zdaje się nie

wpisywać w całość sceny, zerkając w sposób niemalże zalotny niby to w kierunku naczynia z uryną, ale tak naprawdę bardziej w kierunku widza.

Z pochyloną w bok głową odcina się tak od medyka, jak i starszej kobiety, która szepcze jej coś do ucha. Niepotrzebne jej już badanie moczu. Ręką dotyka brzucha, bo ona już wie, a sytuacja jest jej chyba dobrze znana. Być może zatem w tym niderlandzkim domu, do którego zaprasza nas malarz, działo się tak, że co rok to prorok, ten od moczu również. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 11/2019

1. Zakrycie jednej piersi kobiety ubraniem.

Holenderskie przedstawienia motywu łapania pcheł są dość ostentacyjnie erotyczne, natomiast już ich francuskie ujęcia, jak u De La Toura, przedstawiają skromniejszą wersję sceny, gdzie tuskające z pcheł ubrania kobiety są nieco mniej bezceremonialnie rozebrane.

2. Usunięcie mężczyzny przyglądających się scenie w tle.

Zachwyceni rozbieranym polowaniem ma pchły podglądacze nie zawsze występują w podobnych scenach. Istnieje wiele przedstawień, w których kobiety iskają odzież z pcheł w samotności, w zaciszu swoich sypialni, wolne od oczu obserwujących.

3. Dodanie kolczyka w ucho dziewczyny.

Uszy w kontekście pcheł mają szczególne znaczenie w kulturze francuskiej. Popularne powiedzenie avoir la puce à l'oreille (dosłownie: mieć pcheł w uchu) interpretować można jako metaforyczny opis niezaspokojonego pragnienia seksualnego. Podkreślenie uszu kobiety na obrazie w tym kontekście nie byłoby więc nieuzasadnione.

4. Dodanie czarnej kropki przy szyi kobiety.

Jeden ze sławnych wierszy związanych z ikonografią polowania na pchły opiewa radości bycia zamienionym w pcheł i chodzenia po ciele ukochanej kobiety, poczynając od jej szyi właśnie.



Obraz: Gerard van Honthorst, „Polowanie na pchły”, 1620, Dayton Art Institute

NAGRODZENI Z „GL” 11/2019: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Agnieszka Arcimowicz ze Szczecina**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Anna Bednarz z Siedlisk, Aleksandra Górka z Trzciany, Katarzyna Wołochowska z Warszawy**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 15 stycznia 2020 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL12** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,



Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

ufundowało książki:



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

CZWARTE SPOTKANIE MEDYKÓW Z HISTORIĄ

Tu tworzyła się polska medycyna

„Spotkania Medyków z Historią” na trwałe wpisały się do kalendarza wydarzeń Ośrodka Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny OIL w Olsztynie. Czwarta edycja odbyła się w październiku br., a tematem wiodącym konferencji były „Początki rozwoju specjalizacji lekarskich na Warmii i Mazurach po II wojnie światowej”.



TEKST DR N. MED. **JAN ZYGMUNT TRUSEWICZ**
PRZEWODNICZĄCY OŚRODKA HISTORII WARMIŃSKO-MAZURSKIEJ MEDYCyny

W ybór tematyki był nieprzypadkowy, ponieważ na Warmii i Mazurach – Ziemiach Odzyskanych, w pierwszych powojennych latach zaczynała tworzyć się polska medycyna. Stopniowo do tego regionu przybywali lekarze specjaliści, którzy szkolili się w różnych ośrodkach akademickich i „przywozili” wiedzę, doświadczenie i umiejętności, by organizować i rozwijać nowe specjalizacje.

Spotkanie rozpoczęło się niecodziennym wydarzeniem. W Leśnym Arboretum w Nadleśnictwie Kudypy odbyła się uroczystość posadzenia „Dębu Pamięci”, który będzie żywym pomnikiem poświęconym naszym starszym koleżankom i kolegom, od których przejęliśmy wiedzę, doświadczenie i umiejętności, a także zasady etyki lekarskiej i tradycje naszego zawodu.

Następnego dnia w siedzibie Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej odbyła się konferencja naukowa, którą otworzyła prezes okręgowej rady

lekarskiej dr Anna Lella. Podczas konferencji zaprezentowano wiele interesujących wykładów. Tradycyjnie, zaproszeni profesorowie historii z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego przedstawili tło historyczne pierwszych powojennych lat, a lekarze – organizację, rozwój i sylwetki lekarzy pionierów różnych specjalizacji lekarskich.

Dr Dariusz Żybert z Wilna przedstawił historię renowacji pomników nagrobnych lekarzy na wileńskiej Rossie, podziękował też za renowację pomnika dr. Leona Kazimierza Kłotta, którą ufundowała Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska. Prof. Andrzej Szmyt mówił o zmianach granic i zmianach ludnościowych w powojennej Polsce, a dr Leonard Januszko przedstawił rozwój neurologii. O nestorze olsztyńskiej pediatrii, dr. Mrozie, opowiedział mgr. inż. Piotr Grabowski. Historię regionu przedstawił prof. Witold Gieszczyński. Dzięki ks. dr. Tomaszowi Garwolińskiemu uczestnicy konferencji mogli dotknąć pierwszego atlasu anatomicznego, metaforycznie i dosłownie, autorstwa Andreego Vesaliusa, który ukazał się w 1543 r. („De humana corporis fabrica”).

W Leśnym Arboretum w Nadleśnictwie Kudypy

Prof. Stanisław Achremczyk wygłosił wykład o warunkach, w jakich żyli i organizowali polskie życie w pierwszych latach powojennych przybywający z różnych stron Polski nowi mieszkańcy Olsztyna. Dr Maria Dowgird przedstawiła Mistrza: prof. Edwarda Lenkiewicza, współtwórcę i organizatora okulistyki w powojennym Olsztynie, a dr Bogdan Kibiłda – doc. Bolesława Laszkę, twórcę powojennej laryngologii. Profesora Stefana Bołoczkę – pioniera ortopedii, przedstawił dr Robert Budkiewicz, natomiast rozwój ginekologii zaprezentował dr Tomasz Waśniewski. Z kolei dr Roman Łesiów przybliżył organizację i rozwój urologii, a dr Jan Zygmunt Trusewicz – chirurgii dziecięcej. Prof. Karol Sacewicz z IPN przygotował dla uczestników wydawnictwa książkowe.

„Czwarte Spotkanie Medyków z Historią” przywołało pamięć o naszych starszych koleżankach i kolegach, Mistrzach – tych, którzy podjęli trud kształcenia młodych adeptów sztuki lekarskiej, organizacji szpitali, oddziałów, poradni oraz inicjowali tworzenie nowych specjalizacji i powołanie towarzystw naukowych. ■

ZA OBIEKTYWEM

Zobaczyć więcej

Z dr. n. med. **Krzysztofem Muskalskim**, pomysłodawcą i przewodniczącym Międzynarodowych Salonów Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica”, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Mija siedem lat, od kiedy po raz pierwszy zorganizował pan Salon PhotoArtMedica. Od czego się zaczęło? W czasach, gdy ten pomysł rodził się w mojej głowie, w naszym kraju już odbywały się konkursy fotograficzne dla lekarzy, ale nie na skalę międzynarodową. W ogóle na świecie nie było międzynarodowego konkursu fotograficznego dla medyków. Pomyślałem, że może warto to zmienić i zabrałem się do pracy wraz z zespołem w ramach OIL w Częstochowie. Pamiętam, że wtedy byłem pełen obaw, czy uda nam się skutecznie wypromować Salon za granicą. Niepotrzebnie. Już w pierwszej edycji zgłosili się lekarze z innych krajów. Obecnie mamy uczestników ze wszystkich kontynentów.

GL Kto może wystartować?

Mamy zarówno weteranów, którzy przysyłają prace z edycji na edycję, ale też debiutantów. Cieszy mnie zapal tych, którzy co roku nadsyłają zdjęcia, mimo że jeszcze ani razu nie udało im się wygrać. To znaczy, że samo uczestnictwo jest ważne. Dlatego też w pokonkursowym katalogu, który co roku publikujemy, zamieszczamy fotografie każdego uczestnika. Mamy też sławy – np. dr João Taborda z Lizbony, który zdobył ponad sto złotych medali w różnych konkursach fotograficznych, czy prof. Maciej Wójcik z Lublina, który sięgnął po fotograficznego Oscara – International Photography Award.

W Salonie PhotoArtMedica mogą startować nie tylko lekarze i lekarze dentyści, ale też nauczyciele akademicy i studenci uniwersytetów medycznych, a w kategorii „fotografia medyczna” także technicy, którzy wykonują zdjęcia w ramach technik obrazowania medycznego. W ramach tej kategorii przyjmujemy także zdjęcia obrazujące codzienną pracę lekarzy.

GL Trudno jest wybrać te najlepsze?

Bardzo trudno, tym bardziej że prace są na wysokim poziomie i jest ich dużo – w ostatniej edycji nadesłało blisko 700 fotografii. Na szczęście mamy potężne wsparcie od tych, którzy fotografią zajmują się profesjonalnie. Patronat merytoryczny nad konkursem sprawuje największa organizacja fotograficzna w Polsce – Fotoklub Rzeczypospolitej Polskiej. Uzyskaliliśmy też



„Roses for loved ones”
(dr Leonid Goldin, Izrael) – nagroda Grand Prix PhotoArtMedica 2019

auspicję największej organizacji zrzeszającej fotografików na świecie, czyli Fédération Internationale de l'Art Photographique. Co więcej, prezydent FIAP zaproponował mi, aby wspólnie utworzyć klub lekarzy fotografujących. Być może niedługo zapadną konkretne decyzje w tej sprawie.

GL Jak zrobić najlepsze ujęcie?

Nie ma jednego sposobu, trzeba poszukać odpowiedzi w głębi siebie. Dla mnie ważne są słowa jednego ze słynnych amerykańskich fotografów, Ansel Adamsa, który powiedział kiedyś, że zdjęcia nie robisz tylko aparatem, bo do tego dzieła wnosisz obrazy, jakie widziałeś, muzykę, jakiej słuchałeś, książki, jakie przeczytałeś i ludzi, których pokochałeś. Fotografując, wyrażasz siebie, swoje impresje i nastroje. To niesamowite emocje. I zaskoczenie, bo można ujrzeć coś, czego bez obiektywu aparatu na pewno nie dostrzeżemy.

Już teraz zapraszam na kolejną, ósmą edycję Salonu PhotoArtMedica. Często słyszę od lekarzy, że nie biorą udziału w konkursie, bo nie są profesjonalistami. Czasem nawet nie zdajemy sobie sprawy, jak świetne zdjęcie udało nam się wykonać. Uważam, że każdy ma w sobie potencjał artystyczny. Kilkakrotnie po nagrody w Salonach PhotoArtMedica sięgnęli debiutanci. ■



PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

Tak się nie godzi

To się nie godzi
tak po prostu odejść,
wymknąć się z życia
jak z nudnego party,
czmychnąć cichaczem
gdzieś na drugi brzeg.

To się nie godzi
tak po prostu odejść
z terażniejszości,
z dzisiaj, z tu i teraz,
pójść za horyzont,
uciec niczym zbieg.

To się nie godzi
tak po prostu odejść.



gazetalekarska.pl

O AUTORZE



ILONA
DZIJAK-MUNIAK

**Laureatka VIII edycji konkursu „Przychodzi wena do lekarza”
III miejsce w kategorii POEZJA**

Urodziła się w Będzinie, wychowała w Raciborzu. W 1991 r. ukończyła wydział lekarski zabrzańskiego oddziału Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Jest pediatrą. Obecnie pracuje w przychodni w Nakle nad Notecią i dyżuruje w Szpitalu w Więcborku. Wiersze pisze rzadko, przede wszystkim „do szuflady” – to dla niej relaks i gimnastyka umysłowa.

KULTURA

Wernisaż OPFL

Już po raz siódmy lekarze – pasjonaci fotografii, przyjechali do Kazimierza Dolnego nad Wisłą. W dniach 17-22 września odbywał się tu Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy, organizowany przez Lubelską Izbę Lekarską przy wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej.

TEKST **DARIUSZ HANKIEWICZ**



W sobotę 9 listopada w Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej „U Lekarzy” w siedzibie Lubelskiej Izby Lekarskiej miał miejsce wernisaż 7. Ogólnopolskiego Pleneru Fotograficznego Lekarzy – Kazimierz

Dolny 2019, którego organizatorem jest LIL przy wsparciu NRL. Na inaugurację wystawy przyjechała większość uczestników pleneru, niemal z całej Polski, często z osobami towarzyszącymi i rodzinami.

Zebranych powitał prezes LIL dr Leszek Buk. Pogratulował zaangażowania i wspaniałych efektów, a na koniec dodał: „Zapraszamy na 8. plener za rok!”. Poproszony o ocenę wystawy członek Lubelskiego Towarzystwa Fotograficznego Grzegorz Pawlak powiedział, że jest gościem wernisaży od kilku lat i ich poziom – w jego ocenie – stale rośnie, a siłą tej wystawy jest również różnorodność. Na wernisażu z powodów osobistych był nieobecny mentor pleneru – członek ZPAF Lucjan Demidowski, który wizytując dzień później wystawę, powiedział: „Jestem pod ogromnym wrażeniem poziomu prezentowanych fotografii”. ■

Mój dany mi świat

13 listopada w „Domu Darmstadt” w Płocku odbył się wernisaż wystawy fotograficznej płockiej lekarki dentystki Hanny Teresy Woźniak-Kwiatkowskiej. Wystawa składa się z pięciu części: „Postrzeganie”, „W lustrze wody”, „Dwa promienie Miłosierdzia Bożego”, „Droga”, „Świecie mój”. Jak mówi autorka, „takim zestawieniem zdjęć pragnie przekazać to, co ją zachwyca, porusza, dotyka, co jest”.

Hanna Teresa Woźniak-Kwiatkowska to również malarka, uczestniczka wielu wystaw zbiorowych i ośmiu samodzielnych. Swoje prace prezentowała na wystawach organizowanych przez okręgowe izby lekarskie w Łodzi, Lublinie, Katowicach i Częstochowie. Jest członkiem Płockiego Stowarzyszenia Twórców Kultury, członkiem nadzwyczajnym Fotoklubu Rzeczypospolitej Polskiej, Stowarzyszenia



Twórców. Od lat aktywnie uczestniczy w Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica, w 2017 r. została odznaczona medalem honorowym PhotoArtMedica. JS ■



gazeta**lekarska**.pl

KULTURA



Nieoczywista galeria

30 obrazów z kolekcji polskich i zagranicznych artystów zainspirowało Jarosława Waneckiego (przewodniczący Komisji Kultury NRL, były prezes ORL w Płocku) do rozważań wokół lekarskiego powołania. Okolicznościowy album „Krajobraz z miłosiernym Samarytaninem” trafił do rąk gości gali jubileuszu 30-lecia odrodzenia izb lekarskich.

– Od dawna jestem związany z samorządem i przy okazji 30. rocznicy jego odrodzenia postanowiłem wybrać 30 prac, próbując odnaleźć związki medyczne w sztuce malarskiej. Album został wydany w nakładzie 1500 egzemplarzy – opowiada autor. Cała rozmowa na www.gazetalekarska.pl ■

PhotoArtMedica 2019

19 października w Sali Reprezentacyjnej częstochowskiego Ratusza – Muzeum Częstochowskiego odbyła się Ceremonia Wręczenia Nagród oraz Wernisaż VII Międzynarodowego Salonu Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica 2019” zorganizowanego przez OIL w Częstochowie. W tegorocznym konkursie wzięło udział 92 autorów z 17 krajów, którzy zaprezentowali 679 fotografii. Trzydziestu siedmiu uczestników sięgnęło po 47 nagród. Więcej na www.gazetalekarska.pl i www.photoartmedica.pl ■

Biesiada UPPL

7 marca, czyli w pierwszą sobotę marca, a nie – tak jak dotychczas – w piątek, odbędzie się jubileuszowa 20. Biesiada Literacka Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Impreza jest dotowana przez Komisję Kultury NRL. Autorzy powinni nadsyłać swoje utwory do 15 lutego na adres OIL w Łodzi. ■

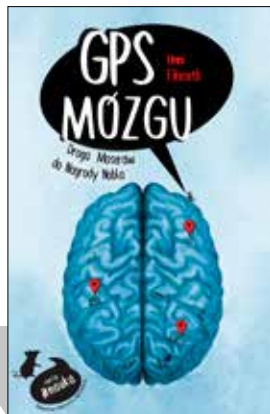
Koncert

5 i 6 stycznia odbędzie się w Poznaniu koncert charytatywny z udziałem orkiestry kameralnej Operacja Muzyka działającej przy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej oraz chórów, w tym również Chóru WIL. Będzie to „Oratorium na Boże Narodzenie” Huberta Kowalskiego pod dyktando kompozytora. ■

Bal

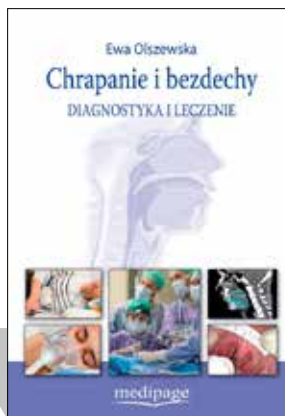
15 lutego, pod patronatem OIL w Krakowie, odbędzie się 43. edycja Balu Lekarza w Zakopanem. Zapisy trwają do 31 stycznia. ■

NASZA CZYTELNIJA



GPS mózgu. Droga Moserów do Nagrody Nobla Unni Eikeseth

Historia o dwójce norweskich naukowców – Edvardzie i May-Britt Moserach, którzy wiele lat swojego życia poświęcili na poszukiwania tzw. GPS-a mózgu, czyli umiejętności orientowania się w przestrzeni. Lata żmudnych, trudnych eksperymentów, w fascynujący sposób opisane w tej powieści, doprowadziły ich ostatecznie do niezwykłego odkrycia, za które otrzymali Nagrodę Nobla.



Chrapanie i bezdechy. Diagnostyka i leczenie Ewa Olszewska

Publikacja na temat zaburzeń oddychania podczas snu – zarówno pod kątem diagnostyki, jak i dostępnych metod terapeutycznych, w tym przede wszystkim w zakresie chirurgii. Książka powstała dzięki wieloletniej współpracy z wiodącymi ośrodkami medycyny snu w Ameryce Północnej, Azji i Europie oraz doświadczeniu autorki dotyczącym postępowania z pacjentem. Nie tylko dla laryngologów.

SPORT

Narciarstwo

W dniach **21-23 lutego** w Kalnicy odbędą się XXII Ogólnopolskie Zawody Narciarskie Okulistów. Potwierdzeniem udziału jest wpłata na konto organizatora do 31 stycznia. ■

Siatkówka

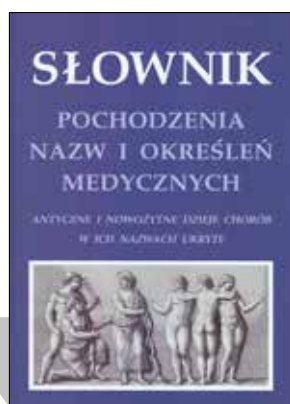
XX Mistrzostwa Polski Lekarzy i III Mistrzostwa Lekarzy Oldboyów w Piłce Siatkowej odbędą się w dniach **27-28 marca** w Wieluniu. Zapisy do 29 lutego. Organizatorem wydarzenia jest OIL w Łodzi. ■

Tenis

Wilno w dniach **3-12 sierpnia** było areną zmagania 321 zawodników z 29 krajów w ramach 49. Tenisowych Mistrzostw Świata Lekarzy. Na czterech pięknych obiektach rozegrano łącznie 869 pojedynków w 48 kategoriach. ■



gazetalekarska.pl



Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych

Krzysztof W. Zieliński

Słownik zawiera ogólnohumanistyczną wiedzę na temat historii medycyny w aspekcie tworzenia powszechnie używanego dzisiaj słownictwa medycznego. Słownik przedstawia wiele ciekawych opisów, a także mało znane i często zaskakujące historie powstawania pojęć i określeń medycznych. Hasła są bogato ilustrowane unikalnymi rycinami i reprodukcjami.



Diagnostyka kardiologiczna w praktyce

Redakcja naukowa:

Renata Głowczyńska

Książka o nieinwazyjnych metodach diagnostyki stosowanych do oceny funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego. Biomarkery, rezonans magnetyczny w chorobach serca, scyntygrafia perfuzyjna mięśnia sercowego, telemonitoring urządzeń wszczepialnych, ciekawe zapisy w EKG spoczynkowym – to tylko niektóre tematy poruszane w tym bogato ilustrowanym podręczniku.

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO (ROCZNIK 1964–70) I STOMATOLOGII (ROCZNIK: 1964–69 I 1965–70) W GDAŃSKU

Uroczyste Odnowienie Dyplomów odbędzie się 15 maja 2020 r. o godz. 10.00 w Ateneum Gedanense Novum (Stara Anatomia), Gdańsk, al. Zwycięstwa, a spotkanie towarzyskie: Rzemieśnik Gdańsk-Jelitkowo, ul. Piastowska 206 (od godz. 18.00). Wszelkie informacje na stronie: <https://sites.google.com/site/uck50age/>
Kontakt: Janina Woszczyńska, tel. +48 601 216 352, jani-naw@interia.pl, Lidia Piotrowicz, tel. +48 604 951 641, lidiapio@wp.pl

ABSOLWENCI ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ, ROCZNIK 1970

22 maja 2020 r. o godz. 11.00 w Rokitnicy odbędzie się odnowienie dyplomów po 50 latach, z wcześniejszą rejestracją w Dziekanacie ŚUM do 30 marca 2020 r., tel. (32) 370 52 66. Po uroczystości zapraszamy na spotkanie w Brennej w hotelu Kotarz na uroczysty bankiet i nocleg. Koszt 1 osoby (nocleg + bankiet) wynosi 230 zł. Indywidualna rejestracja w hotelu u p. Katarzyny Wyki, tel. 698 632 055 na hasło „Absolwenci” do 28 lutego 2020 r. Zapraszamy na spotkanie także z osobami towarzyszącymi.

WYDZIAŁ STOMATOLOGICZNY AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1985

Zapraszamy na spotkanie z okazji 35-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 22–24 maja 2020 r. w Karpaczu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 76 1140 2004 0000 3702 7937 7470 do 31 stycznia 2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1985”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1985

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 29–31 maja 2020 r. w Ziełcu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl

w zakładce społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 22 1050 1908 1000 0097 2210 6052 (odbiorca: Dorota Radziszewska) do 31 stycznia 2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1985”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl

WYDZIAŁ LEKARSKI I STOMATOLOGICZNY AMG, ROCZNIK 1962–1964

Spotkanie z okazji 52. rocznicy ukończenia studiów. Informacje szczegółowe będą w listach. Termin zjazdu: 3–5 lipca 2020 r., Hotel Rzemieśnik. Rezerwacja i opłaty na hasło „Zjazd Lekarzy” dokonują uczestnicy osobiście: recepcja@rzemieśnik-gdansk.pl Koszt udziału (grill, bankiet) 160 zł. Wpłaty na konto: 04 1020 5558 0000 8902 3143 2385 Bronisław Gorzelańczyk, tytuł „Zjazd lekarski”. Opłata i rezerwacja hotelu i karta zgłoszeniowa do 30 stycznia 2020 r.

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1977

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się w dniach 4–6 września 2020 r. w Kudowie Zdroju. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 87 1090 2398 0000 0001 4377 3356 (odbiorca: Małgorzata Rudnicka) do 31 marca 2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1977”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl

ABSOLWENCI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1968

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się w dniach 18–20 września 2020 r. w Ziełcu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 stycznia 2020 r. z dopiskiem „Zjazd 1968”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl

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



Serdecznie dziękuję za wszelkie wpłaty, dzięki którym możemy pomagać naszym podopiecznym – Koleżankom i Kolegom, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Prosimy o wsparcie nawet bardzo symboliczną kwotą – razem możemy sprawić, że czyjś los choć trochę się odmieni.

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

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

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarzy Lekarzom

The first part of the paper discusses the importance of understanding the local context in which a project is implemented. This involves a thorough analysis of the social, cultural, and economic factors that may influence the success or failure of the intervention. It is essential to engage with local stakeholders from the outset to ensure that the project is relevant and responsive to their needs.

The second part of the paper explores the challenges of implementing a project in a resource-poor environment. Limited access to funding, skilled personnel, and infrastructure can significantly hinder progress. However, these challenges can be mitigated through creative problem-solving and the utilization of local resources and expertise.

The third part of the paper focuses on the importance of monitoring and evaluation (M&E) in assessing the impact of the project. Regular data collection and analysis are necessary to track progress, identify areas for improvement, and ensure that the project remains on track to achieve its objectives.

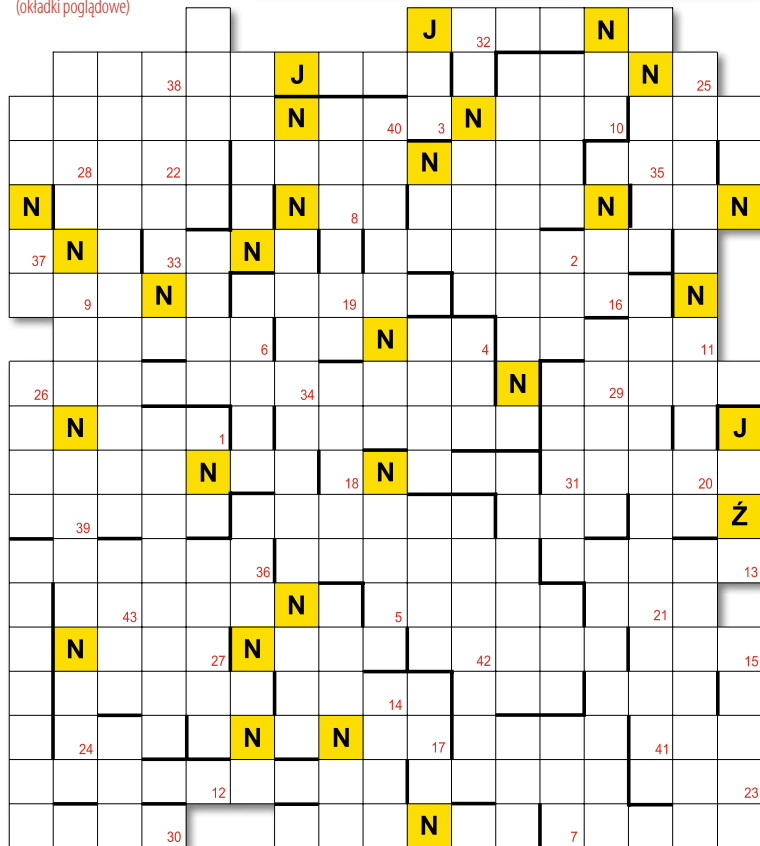
The fourth part of the paper discusses the role of community participation in the implementation of the project. Empowering local communities to take ownership of the project is crucial for its long-term sustainability. This can be achieved through the formation of local committees and the provision of training and capacity-building opportunities.

The fifth part of the paper concludes by emphasizing the need for a holistic approach to project implementation. This involves considering the interconnected nature of social, economic, and environmental factors and ensuring that the project addresses the root causes of the problem it aims to solve.

Objaśnienia 107 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: J, N i Ż. Na ponumerowanych polach ukryto 43 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie polskie odnoszące się do wielu lekarzy. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 10 stycznia 2019 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



**Z okazji świąt Bożego
Narodzenia mamy
dla Państwa aż 10
nagród książkowych!**
(okładki poglądowe)



* nalewka jodowa * tygodnik Urbana * lęk, niepokój * najlżejszy metal * żona Amfiona * ... do boju, szablę w dłoń * brydżowe zaproszenie * Jacques, biochemik, noblista 1965 * kolega iksa * epos o Troi * z kropką u Morse'a * toja * płynie w Czerniowie * otiara * zakazu i Zodiaku * twórca nowoczesnej Turcji * banalna oczywistość * lekarska z kodeksem * sztuczki * byłaby panną, gdyby nie dziura w desce * materiał do pieczęci * bilis * w jej okolicach urodził się i zginął Kaddafi * na pięciolinii * bywa rozdwojona * bucik * bagażowy w samolocie * wystawia papiery wartościowe * filum * siwy koń * na głowie motocyklisty * lew lub tygrys * delfin, styl pływakki * język w pd.-wsch. Nigerii * między kółkami * piropłazmoza * nadmorska dzielnica Rzymu * młotem * poród krowy * medykament * główna praca sportowca * rzymska Temida * tajna irlandzka armia * materiał wszczepiany do organizmu * gród pod Dortmundem z malarzem Konradem * kijek * płodowa lub stawowa * Indianie z Apaczami i Navaho * nauka wstępna do studiowania Biblii * tama, przegrada * pierwsze badanie serca * zjazd * focus * kobiecie podbrzusze * karabinek * płynie w Krasnodarze * często częstochowski * stanowisko dla dr. n. med. * jałowcówka (ang.) * gitara hawajska * dymienie niebolesne (łac.) * cel karawany * autorytet, poważanie * przeświecenie * babioróżka Julia * Irlandia * trotyl * terapia przez nakłuwanie * Edmund, wybitny tragic angielski (1789-1833) * założyciel imperium tureckiego * niedokrwiłość * gnomiczny poeta z Priemy * sumeryjski bóg, stwórca człowieka * Emilia, sławny powstaniec listopadowy * obrazowanie rezonansem magnetycznym (ang.) * miejsce narodzin Mahometa * grecka Wiktorii * pani doktor * państwowy ubezpieczyciel * napisał „Love story” * choroba kesonowa * zespół Chylińskiej * Kłosowski na budowie * diathesis * płynie w Chabarowsku * imię Gran, piosenkarki i aktorki * ojciec Chama i Sema * zdolność do indukowania mutacji * hiszpański samolot transportowy * zasadzka, pułapka * excrementum * grecka bogini konieczności i przymusu * ślaski brydż * strus australijski * w ręku ministra * przezroczyta masa plastyczna na okulary * Lepisma, insekt w kuchni * textus * największe miasto na Mazurach * Miłoś, czeski premier i prezydent * włókno i roślina z białym puchem * macierzysta świątynia jezuitów w Rzymie * ściga zbrodnie przeciw narodowi polskiemu * elektronika nanometrowa * Astra lub Corsa * główny port Madagaskaru * stopy (łac.)

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 248 („GL” nr 10/2019) Panować nad sobą to najwyższa władza.

Nagrody otrzymują:

Joanna **Kuncio** (Wrocław), Marcin **Mazurek** (Izbiica), Justyna **Ziandarska** (Płock). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 177 300 tegz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta 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).

